This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Per. 15084 e 124.

# DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1884

## OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

### Librairie FÉLIX ALCAN

**Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, avec une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

Prix des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e années, 1865 à 1869, chacune. 7 fr.

— de la 7e année, 1870 et 1871. 6 fr.

— des 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e et 20e années, 1872 à 1884, chacune. 7 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront *franco* un exemplaire de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, rue de Clichy, 61, ou à la librairie Félix Alcan, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire.

### Librairie GARNIER frères.

**Le Mariage** dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral ; 1 vol. in-12 de 641 pages avec 35 planches. *Quatrième édition*, revue et augmentée, 1885. 3 fr. 50

**La Génération universelle** : Lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme ; 1 vol. in 12 de 503 pages avec planches. *Deuxième édition*, 1885. 3 fr. 50

**Impuissance physique et morale** chez l'homme et la femme ; 1 vol. in-12 de 536 p. avec planches, 1885. 2e *tirage*. 3 fr. 50

**La Stérilité humaine et l'Hermaphrodisme** chez les deux sexes ; 1 vol. in-12 de 530 pages avec planches, 1882. 3 fr. 50

**L'Onanisme seul et à deux**, sous toutes ses formes et leurs conséquences, 1 vol. in-12 de 562 pages, 1883. 3 fr. 50

### Librairie FÉLIX ALCAN

*RÉCENTES PUBLICATIONS :*

CORNIL ET RANVIER. **Manuel d'histologie pathologique.** 2e édition. 2 vol. in-8, avec fig. dans le texte. 30 fr.

NÉLATON. **Éléments de pathologie chirurgicale.** 2e édition, revue par les Drs JAMAIN, PÉAN, DESPRÉS, GILLETTE et HORTELOUP. 6 vol. grand in-8, avec 795 fig. dans le texte. 82 fr.

CORNIL ET BRAULT. **Études sur la pathologie du rein.** 1 vol. in-8, avec 16 planches lithographiées hors texte. 12 fr.

BOUCHARDAT. **Annuaire de thérapeutique**, pour l'année 1885. 45e année, 1 vol. in-18, suivi d'une *Étude sur le choléra*. 1 fr. 50

*Pour paraître le 1er Avril 1885 :*

CORNIL ET BABÈS. **Les bactéries pathogènes.** 1 beau vol. grand in-8, avec fig. dans le texte et 27 planches coloriées hors texte.

*Coulommiers.* — Imp. P. BRODARD et GALLOIS.

# DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal,
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

**Vingtième année, 1884**

85

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1885

*Tous droits réservés.*

# INTRODUCTION

Deux événements principaux de cette année médicale la rendront surtout mémorable : l'explosion d'une nouvelle épidémie de choléra en France, dont il a été impossible de trouver l'origine, et la découverte d'un récent anesthésique local. Le premier a été significatif quant à l'étiologie universellement admise de ce redoutable fléau : la contagion, par les précautions sanitaires prises de part et d'autre contre son invasion. Malgré la bénignité de l'épidémie, on a vu aussitôt nos voisins, et toutes les nations du nouveau monde comme de l'ancien, recourir aux mesures quarantenaires et aux cordons sanitaires de terre et de mer pour s'en préserver. Preuve irréfutable de l'opinion générale sur la contagiosité du choléra ; argument considérable à opposer aux rares partisans aveugles ou incorrigibles de sa spontanéité.

La consécration instantanée et universelle du second est aussi remarquable. A peine l'action analgésiante de l'hydrochlorate de cocaïne sur l'œil était-elle promulguée à Vienne que la nouvelle s'en répandait comme *l'éclair, par les mille* voix de la presse, par la

vapeur et l'électricité, sur toute la surface du globe. Soumise immédiatement à l'épreuve par les oculistes de tous les grands centres, elle était unanimement confirmée partout; en quelques jours, cette découverte avait fait le tour du monde et conquis l'universalité des suffrages. Une avalanche de témoignages en sa faveur arriva instantanément de tous côtés et par la connaissance de l'action spéciale de cet analgésiant sur la muqueuse de la gorge, découverte à Paris, l'emploi s'en étendit bientôt aux dents, au nez, aux oreilles, pour rendre plus faciles et indolores les opérations délicates à pratiquer sur ces organes. On l'essaya ensuite avec succès sur le vagin, le rectum et jusqu'à l'intérieur de la vessie pour faciliter la lithotritie. Un vaginisme rebelle a été vaincu et quelques badigeonnages sur la peau ont rendu l'usage de la curette et des pointes de feu absolument insensibles.

Voilà donc un agent dont les spécialistes sont appelés surtout à profiter largement dans leurs opérations délicates, en raison de son innocuité absolue. Toutefois, des badigeonnages étendus et répétés sur de larges surfaces paraissent déjà avoir produit des accidents dus à son absorption. On a même parlé d'action toxique à l'intérieur, comme sur les surfaces dénudées, ulcérées. Des précautions sont donc à prendre dans l'expérimentation qui se poursuit à cet égard.

D'où la démonstration, établie par ces deux faits, que la médecine tend à devenir essentiellement internationale. La rapidité des communications supprime mieux l'espace aujourd'hui entre les diverses contrées du globe, que d'un bout de la France à l'autre il y a un demi-siècle, et rien ne s'oppose plus à la réalisation de cette idée, essayée timidement par ce modeste Dic*tionnaire annuel* il y a vingt ans, après le succès de

nos chroniques médicales étrangères dans l'*Union médicale*. Les Congrès internationaux seront les intermédiaires naturels et puissants qui en faciliteront le développement. La proposition faite au dernier de Copenhague d'établir une *Investigation collective internationale des maladies* promet donc de recevoir sa solution à celui de Philadelphie qui aura lieu en 1887.

La doctrine en vogue, la microbiatrie, ne s'en est ainsi ni relâchée, ni ralentie dans sa marche. Au contraire, elle a trouvé un puissant aliment d'étude et de discussion dans le bacille spécifique du choléra : le comma ou virgule. Mais il a plus perdu que gagné en crédit par cet examen sur place. Sa présence exclusive dans l'intestin et son absence dans le choléra foudroyant, sa résistance à la culture et ses insuccès d'inoculation, même aux lapins, autant que son innocuité chez l'homme, montrent bien qu'il n'est pas l'agent contagieux. Sa découverte n'a pu servir en rien à la prophylaxie ni au traitement de l'épidémie. D'où le discrédit de son auteur, M. Koch, dont on a pu juger au Congrès international de Copenhague. Placé à côté de M. Pasteur relatant ses expériences sur l'extinction de la rage et les résultats encourageants qu'il en a obtenus, le savant allemand n'a rien trouvé à dire, ni pour ni contre. Toutes les ovations et les applaudissements unanimes ont été à l'adresse du savant français et de sa patrie, sur ce terrain neutre de la science. Vaincu comme nous, le Danemark s'est souvenu.

Une contradiction flagrante ressort de ces résultats. Le microbe trouvé souvent dans les selles des cholériques, que le mal soit épidémique ou sporadique, n'a pu être détruit directement par les remèdes antiseptiques ou parasiticides ingérés ou inspirés, alors que la rage, sans *microbe connu*, est prévenue, empêchée

chez le chien vacciné avec le virus affaibli provenant du singe. Comment admettre dès lors que ces deux épouvantables maladies contagieuses soient également parasitaires et produites par un microbe différent? Les bâtonnets rencontrés par MM. Damaschino et Clado dans les matières vertes de la diarrhée infantile en paraissent bien plutôt l'effet, car ils se montrent en quantité proportionnelle à l'intensité de la diarrhée. Tous ces microbes se rencontrent exclusivement dans les excrétions pathologiques, liquides ou solides, des malades, comme déchets ou détritus de la maladie. Ils sont ainsi constatés, durant son cours ou à la fin, dans les vomissements, les matières diarrhéiques, l'urine, les crachats, les épanchements séreux ou sanguins, le pus, etc. S'ils en étaient la cause, ne devraient-ils pas se trouver, dès le début, dans le sang ou les autres liquides physiologiques propres à leur développement et leur prolifération? Il en existe bien, d'après le professeur Hoffmann de Berlin, mais c'est dans le sang à l'état normal, sain, où ils paraissent et disparaissent instantanément pour se résoudre en éléments de forme bacillaire. Leur nature végétale est affirmée, d'accord avec M. Robin, et c'est encore là une découverte qui va mettre les hématologistes en de nouvelles disputes.

On objecte en vain l'action contagieuse de ces microbes cultivés de l'homme, reproduisant une maladie identique sur les animaux auxquels ils sont inoculés. Ceux de la septicémie gangréneuse, cultivés par MM. Chauveau et Arloing, de Lyon, l'auraient ainsi reproduite sur de grands animaux. Mais cette assimilation des animaux à l'homme, par les expérimentateurs, est contraire à la clinique et à la vérité. Les *professeurs* Trélat et Verneuil, que l'on ne soupçon-

nera pas d'être opposés à la doctrine microbienne, n'ont ainsi pu voir ni reconnaître, dans cette gangrène foudroyante expérimentale du cheval, les principaux caractères de celle qu'ils ont maintes fois observée sur l'homme; ils l'ont déclaré solennellement à l'Académie de médecine. La reproduction de la tuberculose sur les cobayes et les lapins, même en séries, n'est pas plus concluante. Tout en l'ayant rendue manifeste sur de grands mammifères, M. Colin (d'Alfort) a montré qu'elle s'arrête parfois sur place. Les développements consacrés à cette question nous dispensent d'y insister ici.

Faut-il invoquer à l'appui les inoculations faites sur l'homme au Brésil avec le microbe de la fièvre jaune, pour l'en préserver? Les communications académiques sur ces expériences n'ont pas obtenu jusqu'ici un grand crédit en France. Elles ont été accueillies avec incrédulité et défiance et rien ne prouve encore qu'elles soient efficaces comme la vaccine contre la variole.

Un doute formel et général a accueilli la découverte du microbe du bouton de Biskra, d'après les cultures faites par M. Duclaux. Leur inoculation aux lapins, en produisant une plaque gangréneuse large comme la main et des effets mortels ensuite, n'a convaincu personne sur leur ressemblance ni sur leur analogie avec ceux de ce bouton. La décroissance rapide de cette action qui en soixante jours rend ces cultures inoffensives, malgré la présence du coccus, a fait douter de sa spécificité et considérer ces expériences comme non avenues.

Ces cultures ont surtout perdu toute créance depuis que leur auteur, attribuant de si grands méfaits à des organismes aussi infiniment petits et instables, les a dotés de pareils avantages. Ils seraient ainsi indispen-

sables à la germination des végétaux, d'après l'expérience suivante : le pois et le haricot de Hollande sont ensemencés dans un sol privé de tout microbe et humecté de lait stérilisé. La germination n'a pas eu lieu et le lait répandu sur le terreau d'ensemencement ne présentait, deux mois après, aucune altération appréciable.

Sans dire par quels procédés la terre et le lait ont été privés de leurs microbes, il est évident qu'ils ont subi des modifications et des changements artificiels qui leur enlèvent toutes leurs propriétés naturelles. Ils ne sont plus exposés au grand air rempli de microbes. Quoi d'étonnant que, dans des conditions aussi contraires à leur germination, les grains ne germent plus! Il faudrait au moins faire la contre-épreuve et avec le produit extrait, c'est-à-dire les microbes, réaliser la germination de ces grains dans une terre, de l'air et du lait stérilisés. Rien de tout cela ne paraît avoir été fait. La foi aux microbes est si profonde chez ceux qui les cultivent qu'ils y croient sans les voir, comme à leur action bonne ou mauvaise. En faisant cette communication à l'Académie des sciences, le 5 janvier dernier, M. Pasteur en a aussi inféré *à priori*, « que le développement et le maintien de la vie des animaux sont également soumis à ces précieux microbes. Leur présence dans les aliments lui semble indispensable à l'accomplissement du travail digestif et à une assimilation normale. »

La presse s'est en général montrée plus étonnée et surprise que satisfaite de cette nouvelle évolution de la doctrine microbienne et parasitaire. L'enthousiasme a été très exceptionnel. Discutée, contredite par les savants, elle n'a pas été prise au sérieux par les profanes qui l'ont raillée, plaisantée à l'envi en

instituant ainsi le microbe l'arbitre universel du bien et du mal dans toute la nature. La réserve et le doute ont été la règle sur ces nouvelles interprétations de l'action des microbes.

L'année a donc encore été essentiellement consacrée à l'idole du jour. On cherche sans cesse ces microbes et l'on en trouve partout, dans l'air, les eaux et les lieux, sans pouvoir élucider leur rôle. S'il fallait décrire tous les procédés employés et leur technique pour les reconnaître, les distinguer, et surtout les détails minutieux des expériences auxquelles ils donnent lieu, ce volume n'y suffirait pas, à la manière compendieuse dont leurs auteurs les relatent. Au point de vue pratique, ils sont d'ailleurs sans intérêt et sans utilité pour le soulagement ou la guérison des malades. L'inoculation des animaux contre le charbon et la rage sera-t-elle jamais applicable à l'homme? On peut en douter par les résultats négatifs de la découverte du bacille tuberculeux et celui du choléra sur le traitement de ces affections. Toute l'activité et le temps consacrés à la recherche de ces organismes imperceptibles comme cause des maladies semblent jusqu'ici en pure perte dans leur application à l'homme. C'est un mirage, un leurre qui fait négliger et méconnaître les causes tangibles, apparentes et réelles, qui troublent à chaque instant la santé d'une manière sensible et provoquent bien plus sûrement et activement la mort. Voilà l'ennemi et non le microbe.

De là notre réserve à enregistrer tous ces prétendus progrès et les découvertes du microscope et de l'expérimentation dont le retentissement académique n'a souvent pas de lendemain. Leur afférence avec la clinique, qu'elles peuvent aider et éclairer, a seule droit à notre examen. *Tels l'albuminurie chloroformique* des

*lapins*, les inoculations de la *fièvre typhoïde*, de l'*ostéomyélite infectieuse*, de la *pneumonie*, de la *phtisie* et de la *tuberculose*, de la *rage*, la *culture artificielle du vaccin*, les microbes de la *diphthérite*, du *purpura hémorrhagique* et de la *pustule maligne*, etc. Il faut bien être de son temps et sacrifier aux doctrines régnantes sans y croire aveuglément. Leur empire universel, en occupant tant d'esprits d'élite, doit toujours faire jaillir ici ou là quelques étincelles de vérité, dont il est utile de conserver les traces. L'*actinomycose* des animaux observée sur l'homme en est un exemple. L'*inoculation frustre des bubons chancreux* forme aussi un contraste frappant au milieu du succès des inoculations avec les cultures artificielles. De ces expérimentations, on passe ainsi sans transition à la pathologie dont elles sont comme les préliminaires ou la préface.

## II

Le grand succès de la clinique est la réfutation en règle, par le professeur Peter, de l'assimilation faite au nom de la doctrine microbienne et parasitaire, de la scrofule à la tuberculose d'après le microscope et des inoculations infinitésimales. Mettant en parallèle ces deux maladies, d'après l'observation universelle, il en établit toutes les différences et les contradictions dans leur siège, leur marche et leurs conséquences opposées. Spéciale à l'homme, la scrofule ne saurait être inoculée avec succès à l'animal, tandis que la tuberculose lui étant commune, chez le lapin et le cobaye surtout, elle en résulte comme un effet direct de cette inoculation.

Démonstration éclatante de l'erreur qu'il y a à faire

du bacille tuberculeux la cause de cette maladie, surtout d'après son inoculation au lapin. Celle des épanchements pleurétiques, comme preuve de leur nature tuberculeuse, est aussi infidèle, bien que l'on ait tenté de la rendre plus positive en la pratiquant dans la chambre antérieure de l'œil de cet animal. Le liquide d'une ulcération suspecte, ainsi éprouvé, a produit du tubercule quoique n'en contenant pas l'élément spécifique. Il en est de même de l'absence de la bactérie charbonneuse dans le sang et le liquide des vésicules chez les malades atteints de pustule maligne. Diverses affections, le lupus entre autres, classées comme tuberculeuses d'après ce nouveau réactif, sont ainsi sujettes à revision. Encore quelques preuves analogues et l'on pourra dire tout haut ce que pensent un grand nombre de praticiens : que c'est là une hypothèse gratuite et incapable d'aucune application pratique.

Ces moyens artificiels, trop exclusivement employés pour lever les difficultés et les incertitudes de l'observation clinique, au point d'en faire négliger les ressources, n'ont donc pas la valeur mathématique et absolue admise par la nouvelle école. L'absence même du bacille spécifique n'est pas une négation certaine de la phtisie pulmonaire, en présence de signes stéthoscopiques spéciaux, d'après M. Grancher. D'où la réserve à observer dans les déductions qui en découlent, pour la contagion notamment. L'enquête faite en ce moment à ce sujet auprès des praticiens est destinée, croyons-nous, à la contredire suivant la statistique personnelle du professeur Leudet. Si tous y répondent d'après leur observation, ce serait l'infirmation formelle de la doctrine parasitaire des maladies en général et de la phtisie en particulier.

De là nos restrictions *en signalant* les tentatives faites

de toutes parts pour généraliser cette étiologie microbienne jusqu'au purpura. Les remarques et les constatations cliniques, les faits et les observations y sont opposés avec soin pour les contrebalancer impartialement. Telle est l'influence directe du traumatisme sur diverses affections graves, du tabac sur les centres nerveux, de l'abus de la bière sur le cœur et bien d'autres. Telles encore les complications symptomatiques du système nerveux dans le diabète servant à en expliquer la pathogénie, comme dans l'hystérie et d'autres affections nerveuses, la méningite en particulier. L'artérite est spécialement signalée dans la fièvre typhoïde et dans la gangrène. Les maladies les plus communes et les plus fréquentes ont ainsi reçu leur supplément annuel d'informations à l'usage des praticiens. L'*angine neuro-arthritique*, la fréquence attribuée à la *dilatation de l'estomac*, l'essentialité de la fièvre dans la *chlorose* et le *rhumatisme infantile*, dans plusieurs *paralysies* sans siège déterminé, la *sclérose pulmonaire*, l'*ulcère du duodénum* en sont les principaux exemples. La *diathèse néoplasique* suffit d'ailleurs à éloigner toute idée de l'influence d'un microbe spécifique.

Comme toujours, les affections nerveuses ont fourni le plus matière à discussion. La spécificité de la *maladie de Charcot* a été vivement attaquée et défendue en Angleterre et, malgré de nouveaux cas, l'*hémoglobinurie* et le *myxœdème* restent à l'état d'énigmes pathogéniques ; la *neurasthénie* est surtout une nébuleuse de première grandeur, tandis que la *névrite professionnelle* est rendue beaucoup plus claire que la *sciatique* même, malgré les développements qui y sont consacrés, sauf sa variété traumatique.

La *syphilis* est toujours le protée incomparable se chargeant de toutes les formes morbides dans les divers

tissus et organes où elles ne peuvent s'expliquer autrement. Ses manifestations héréditaires tardives servent surtout à cet effet. Heureusement, le spécifique existe pour lever les doutes et des guérisons remarquables en sont citées notamment sur la peau, le larynx et les poumons.

## III

En chirurgie, il y a à citer tout d'abord le danger du traumatisme qu'elle entraîne, mis à l'ordre du jour pour retenir la main des plus hardis, se servant de l'antisepsie comme plastron pour justifier et couvrir toutes leurs audaces. Sur l'initiative puissante et active du professeur Verneuil, plusieurs affections générales, cachexies et diathèses, en sont devenues des contre-indications formelles. Il y ajoute le danger de l'*auto-inoculation* d'un virus, d'un mal latent, sans compter les ptomaïnes en formation. L'ablation du cancer du sein entraîne ainsi la pleurésie consécutive et même la septicémie dont plusieurs exemples sont relatés de la main de Lister même. D'où l'abandon public, solennel, de l'acide phénique pour le sublimé, comme antiseptique.

Ce danger de la chirurgie actuelle vient de ce qu'elle s'exerce bien plus souvent sur le tronc que sur les extrémités, contrairement à la règle d'autrefois. La chirurgie abdominale s'étend ainsi à tous les organes contenus dans l'abdomen, jusqu'à l'exploration de la vésicule biliaire. A la fréquence actuelle de ses applications aux maladies de l'estomac et ses annexes, de l'intestin, des altérations des reins et des uretères, de la vessie, — surtout depuis la restauration et la vogue de la taille hypogastrique — *de l'utérus*, les trompes et les

ovaires, l'ouverture du ventre est certainement l'opération la plus commune de la grande chirurgie. Elle s'applique comme règle à la grossesse extra-utérine, aux étranglements, aux occlusions irréductibles, sans que la péritonite s'y oppose. Au contraire, on en fait une indication précise. L'imperforation anale par des cloisons valvulaires est aussi traitée de cette manière; on verra avec quels résultats. La chirurgie thoraco-pulmonaire va de même s'étendant chaque jour davantage. L'*empyème précoce* est ainsi érigé en méthode, comme la thoracentèse il y a vingt ans; puis la *thoracoplastie*, venant de l'étranger, a été adoptée et pratiquée avec une sorte d'engouement par la jeune école contre tous les épanchements intarissables. Les résultats de ce *désossement* sont consignés pour servir de leçon. En faisant de la chirurgie pulmonaire directe par la ponction, l'incision, la résection des poumons, les chirurgiens étrangers ont surtout mis en garde contre ces excentricités.

En raison même de quelques succès remarquables obtenus par cette chirurgie aventureuse et sans limites, fondée sur l'ovariotomie et l'hystérectomie qui ont pris droit de cité dans la science, il est indispensable d'en dresser un rigoureux inventaire comme des nouvelles opérations qui s'ensuivent. Tels la *cystotomie latérale*, le *drainage péritonéal*, l'*incision antiseptique de l'hydrocèle*, l'*arthrotomie précoce du genou* dans les tumeurs blanches, la *tarsotomie* et autres applications à la *tuberculose chirurgicale*. Avec le contingent ordinaire des nouveaux procédés, modifications et perfectionnements apportés aux opérations classiques : *amputations* et *résections* par exemple, à la *transfusion* même, au choix de l'*ostéoclasie* et l'*ostéotomie* dans les maladies des os et toutes les innovations introduites

dans le traitement des *abcès*, *anévrismes*, *cancers*, *fistules*, *kystes*, *ruptures*, *tumeurs*, *ulcères*, et autres affections chirurgicales, on peut juger que cette partie n'a pas été négligée.

Entre ses diverses publications, nous n'avons pu signaler l'une des plus importantes terminée à l'instant. C'est l'œuvre de Nélaton dont le second fascicule du sixième et dernier volume de la deuxième édition vient de paraître. En terminant les *Eléments de pathologie chirurgicale*, le volume comprend un premier fascicule de 628 pages traitant exclusivement des affections de l'appareil urinaire, revues par le docteur Horteloup, avec 71 figures intercalées dans le texte. Il forme ainsi un traité séparé contenant les progrès les plus récents introduits sur ce sujet. Le second, contenant les affections des organes génitaux de la femme, revu par le docteur Gillette, se compose de 321 pages et 18 figures et se termine par les affections des membres inférieurs revues par le docteur A. Després. La table alphabétique et analytique de l'ouvrage entier s'y trouve jointe et forme ainsi un gros volume de 1112 pages grand in-8° à la *librairie F. Alcan*.

## IV

Reste la thérapeutique, trop négligée de nos jours. Dans ces observations longues et diffuses de détails microscopiques, d'analyses histo-chimiques et de tracés thermométriques, il en est à peine question; le traitement suivi n'est souvent pas même signalé. Des pages entières sont consacrées à démontrer l'absence du microbe dans les crachats d'une pneumonie tuberculeuse, sans un seul mot du traitement. On s'ingénie, comme M. Afanasiew, à inoculer les micrococci du pou-

mon pneumonique à des rats et des souris pour en montrer l'inoculabilité. Tel est l'effet du dévergondage actuel d'expériences et d'expérimentations, sur cette partie la plus importante et finale de l'art de guérir.

D'après les doctrines régnantes, les *antiseptiques* et les *désinfectants* doivent occuper la première place, bien que les mesures d'isolement, édictées contre la diphthérite en particulier, soient encore jusqu'ici les plus sûres pour éviter la contagion. La *thérapeutique antiseptique*, que l'on tend à instituer pour répandre ces doctrines, n'a pas réussi à découvrir un agent aussi sûr pour détruire les microbes ni empêcher leur prolifération même *in vitro*, d'après les expériences dirigées contre le bacille tuberculeux. Comment les atteindre dès lors dans l'organisme?

Une autre série de médicaments en vogue sont les *anti-thermiques*. Plusieurs, venant d'Allemagne chaque année, n'ont pu abaisser la température d'une manière constante aussi sûrement que la quinine. La kairine est devenue aussi dangereuse que les bains froids et, malgré les nouveaux essais tentés cette année dans cette voie avec l'antipyrine, on reste toujours dans l'expectative. L'hyperthermie n'est qu'un symptôme et, tant que l'on n'en attaquera pas directement la cause, cet effet ne sera atteint que transitoirement et incomplètement.

Comme toujours, le grand mérite des remèdes actuels est dans leur nouveauté. Aussi, les investigateurs intrépides ne se lassent pas d'en chercher et d'en trouver, selon le précepte évangélique; leur énumération à ce mot en est la preuve. Reste à en établir l'efficacité, comme on le fait pour les injections d'*acide osmique* contre les névralgies, de l'*hypnotisme* contre les névroses. Mais il y a loin de ces remèdes nouveaux et

inconnus *au froid* contre l'inertie utérine et les *vésica-'oires en cercle* contre l'épilepsie, l'*ignipuncture* contre a récidive des épanchements pleurétiques, l'*eau chaude* ur les papillomes de la vessie, et tant d'autres, aussi imples et sans nocuité, indiqués dans ce volume.

## V

En dehors de ces grandes divisions scientifiques en-lobant les diverses spécialités, la gynécologie et l'ob-étrique notamment, il y a les questions profession-elles non moins intéressantes à signaler et dont les ongrès nationaux et internationaux tendent à agrandir domaine et l'intérêt. L'*enseignement* et l'*exercice* en nt les principales, surtout depuis que les femmes y articipent. La première est surtout devenue vitale dans Royaume uni et s'étend jusqu'à son ancienne dépen-ance des Etats-Unis. Une ligue s'est formée pour l'uni-rmiser, aussi bien que les épreuves et la collation s grades, d'après le système français, les Universités cales conservant leur autonomie. Il n'y a donc qu'à n applaudir et en souhaiter le succès.

L'*internat des femmes* dans les hôpitaux a suscité de ves discussions, sans que de part et d'autre on ait duit la question à ses justes limites. Elle aurait pu re résolue sans tant de bruit et pour le plus grand n des malades, si l'on eût voulu voir comme nous 'il s'agissait d'exceptions rarissimes dont il n'y avait s lieu de tant se préoccuper.

Par les responsabilités qu'il entraîne et la solidarité ofessionnelle, qui en forme le correctif nécessaire, xercice médical a donné de nouveaux exemples mé-orables à consulter aussi bien en France qu'à l'étran-

ger. Ils sont ainsi du ressort de la médecine lég aussi bien que de la nouvelle institution des *Syndi médicaux* et des associations, à défaut du tribı suprême et légal qui existe en Angleterre sous le ı de *Medical Council*. Considérer ces questions au p de vue international, comme nous le faisons pour *Prix* et pour la *Nécrologie*, est le plus sûr moyeı les résoudre.

P. GARNIER.

Paris, 15 février.

*P. S.* Un index alphabétique et analytique des mati contenues dans les vingt premières années de ce Dic naire, terminées par ce volume, devrait s'y trouver joir le temps et la santé nous avaient permis de réaliser ce Comme ouvrage de bibliothèque, cette table est indis sable pour le compléter, s'y reconnaître et le consulter fruit. Notre projet est même de la faire précéder d'un eı analytique et bibliographique des principaux travaux vingt années antérieures, afin de permettre d'apprécier ‹ tement toutes les différences d'idées, de doctrines et de tiques avec celles d'aujourd'hui.

Ce travail est donc remis à une époque ultérieure, ; temps et la santé nous le permettent.

P. G.

# DICTIONNAIRE ANNUEL

## DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

## MÉDICALES

## 1884

---

## A

**ABCES.** *Ouverture sans bistouri.* Le danger d'ouvrir les vaisseaux, surtout au voisinage d'un foyer purulent, doit toujours mettre le chirurgien en garde d'y plonger le bistouri, notamment dans les régions très vasculaires, comme le cou, afin d'éviter l'infection. Chassaignac n'ouvrait jamais au bistouri les abcès sous-aponévrotiques des régions sus-hyoïdienne et parotidienne. Après l'incision de la peau, il pénétrait dans le foyer avec une sonde cannelée et agrandissait l'ouverture par déchirement.

La pince de Lister, longue et mince, en perforant aisément les tissus, est employée de préférence par le docteur Périer en pareil cas, car elle est assez mousse pour ne pas ouvrir les vaisseaux. Après l'avoir introduite au centre du foyer, il suffit d'en écarter les branches et de la retirer ainsi pour agrandir l'ouverture, sans crainte de diviser ni veines ni artères.

Tous les abcès sous-musculaires, et notamment ceux placés sous le vaste interne, dans la région des vaisseaux fémoraux, sont ouverts ainsi. Un orifice suffisant pour admettre un ou deux doigts est obtenu et l'on peut ensuite l'agrandir de la sorte, sans danger de perte de sang ni d'infection. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, janvier.)

**Abcès de la trompe de Fallope** ou *pyosalpyngite*. Une dame de vingt-sept ans, pesant deux cents livres, sans enfants et très désireuse d'en avoir, consulta à plusieurs reprises le docteur Martin sur une prétendue grossesse, sans que l'intervention de deux confrères, Byford et Bishop, pût résoudre la question. L'utérus était libre et les règles régulières, mais une tumeur dure, comme l'utérus gravide à 5 mois, occupait le cul-de-sac de Douglas, s'élevant presque jusqu'à l'ombilic et inclinée un peu à gauche. Un fibrome utérin étant diagnostiqué, une incision fut pratiquée dessus, mais les adhérences étaient si profondes et intimes que la division de l'épiploon montra une énorme dilatation de la trompe de Fallope à parois fermes et dures. Elle était si adhérente aux parties voisines qu'elle ressemblait à un fibrome; la fluctuation était insensible et la piqûre d'une aiguille aspiratrice révéla seule la présence du pus.

Pour l'enlever, on tenta vainement de fixer le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, par suite des adhérences fermes et solides qui la retenaient aux intestins et au rectum. De là l'emploi de la méthode de Wolkmann de suturer la paroi antérieure de la tumeur au feuillet péritonéal de la plaie et la traiter ensuite comme un simple abcès. La plaie fut pansée antiseptiquement pendant quatre jours et, la tumeur étant alors partout adhérente, une grande incision fut pratiquée et donna plus d'un quart de pus à l'aide d'un drain à double courant qui permit de vider la poche et de la laver antiseptiquement. Les pansements consécutifs furent faits avec la solution de sublimé. Tout allait au mieux, quand le dixième jour la température s'éleva graduellement avec pouls à 130, respiration fréquente et irrégulière. Après sept jours d'observation, ces accidents furent attribués à l'absorption du pus par les parois de l'abcès. L'ouverture fut dès lors agrandie, la surface interne grattée avec la curette, puis cautérisée avec une solution à 20 0/0 de chlorure de zinc. Un abcès de la paroi abdominale se développa même ensuite; mais, après ces complications, l'abcès se ferma, la plaie se cicatrisa et une guérison complète couronna l'emploi de ce procédé. (*Chicago med. Society*, 14 juillet, in *Boston med. and surg. journ.*, nº 6.)

**Abcès consécutifs à l'ovariotomie.** Voy. *ce mot*.

**Abcès du psoas.** Originaires d'une carie plus ou moins étendue des vertèbres, ces abcès s'ouvrent ordinairement à la partie antéro-supérieure de la cuisse, où l'accumulation du pus vient faire saillie. Grâce à la méthode antiseptique, le docteur Chavasse pratique cette ouverture immédiatement au-dessus de la crête iliaque et en séparant plutôt qu'en divisant les tissus sous-jacents comme dans la colotomie, il introduit l'index jusqu'à la collection distendue et saillante du psoas. Un bistouri guidé sur ce conducteur ponctionne la poche; l'ouverture est ensuite agrandie avec la pince de Lister dont les branches longues, aiguës et mousses, ne risquent pas de léser les vaisseaux par leur introduction ni leur écartement.

Cette incision postéro-supérieure, proposée par Chiene d'Edimbourg, a été pratiquée le 20 mars 1883 à l'hôpital de Birmingham, sur un homme de vingt-huit ans ayant une courbure angulaire des dernières vertèbres dorsales. Une pinte et demie de pus s'écoula; un double drain placé dans la cavité de l'abcès étant laissé à demeure, l'écoulement diminua graduellement au point de pouvoir être enlevé un mois après. Une mèche le remplaça et, grâce aux pansements antiseptiques, l'écoulement était tari au mois d'août suivant; l'opéré quitta l'hôpital et travaille depuis pour lui et sa famille.

Les avantages attribués à ce procédé sont l'écoulement facile du pus par le décubitus de l'opéré restant couché sur le dos. Le drain se trouvant placé près des os malades, toute l'étendue de la cavité purulente, au-dessous, s'oblitère bientôt; d'où la diminution de la surface sécrétante. Un sinus s'établit ainsi rapidement qui permet de retirer les drains, sans que le pus s'accumule ni n'acquière des propriétés septiques, comme lorsque son orifice est dans le voisinage des parties génitales, non plus que les pansements. Ceux-ci, apposés et fixés plus rapidement et solidement, ne pouvant être souillés par le pus, il n'est pas nécessaire de les changer aussi souvent, les opérés n'y pouvant toucher.

Si cette opération est plus difficile et le traumatisme plus étendu, les avantages du pansement et du drainage sur le foyer compensent ces objections. L'incision inférieure en cas de besoin n'exclut pas l'autre, car avec celle-ci la pre-

mière ne tarde pas à se cicatriser. C'est donc l'ouverture de choix. (*Lancet*, 29 décembre 1883.)

Une incision verticale près du bord externe de l'*erector spinæ*, divisant l'aponévrose de ce muscle et celle du carré des lombes, est proposée par M. Trèves dans le même but. Le psoas étant incisé permet d'atteindre les vertèbres en divisant les tissus profonds. La surface antérieure du corps de *toutes* les vertèbres lombaires est ainsi explorée et même les dernières dorsales. Cariées ou nécrosées, toutes les parties osseuses peuvent être enlevées directement et rapidement ainsi que tous les produits morbides. Un abcès du psoas ou de la région lombaire peut être évacué de bonne heure, en prévenant leur extension et leur action contiguë sur les os ou les tissus voisins. Il a pu évacuer ainsi 40 *ounces* de pus, détacher et extraire un gros séquestre d'un pouce sur un pouce et demi provenant du corps de la première vertèbre lombaire. Une grande amélioration du malade s'en est suivie et continue depuis. Un abcès par congestion ouvert à la cuisse ne tarissant pas a été aussi modifié chez un garçon par une contre-ouverture directe à cet endroit, quoiqu'une dégénérescence amyloïde du foie et des reins ait ensuite emporté l'opéré.

L'objection de M. Barker à cette méthode est que l'on ne connaît pas toujours d'avance le siège du mal vertébral. Le pus peut provenir des ligaments intervertébraux et, sur 5 cas d'abcès de ce genre, drainés par une petite ouverture derrière la crête iliaque, il a extrait deux séquestres, sans trouver aucune lésion osseuse dans les autres.

183 cas de lésions collectés par M. Parker à l'hôpital East ont donné : sans siège précis, 34; région cervicale, 9,2 suppurés ; région dorsale, 82, 6 suppurés ; région dorso-lombaire, 21 dont 6 suppurés ; région lombo-sacrée, 37 dont 28 suppurés. D'où l'indication d'opérer surtout dans la partie inférieure.

L'auteur s'est ainsi défendu de préconiser son procédé moins contre la carie spinale que contre les collections purulentes qu'il s'agit d'ouvrir et de vider directement pour prévenir leur fusion dans les tissus et l'altération des os qui en sont la source. (*Roy. med. and chir. Society*, 8 janvier.) Voy. Carie vertébrale.

*Essai sur le traitement antiseptique des abcès par congestion*

*d'origine vertébrale*, thèse inaugurale par le docteur Bralle Nancy, n° 178. Parallèle des résultats obtenus avec les nouveaux procédés et les anciens, montrant la supériorité des premiers. (*Revue méd. de l'Est*, n° 2.)

**Abcès du rein.** *Aspiration suivie de guérison.* Un laboureur de trente-six ans entre à l'infirmerie de Chester le 4 janvier pour un gonflement douloureux du côté droit, survenu après un refroidissement pris sur le gazon trois mois auparavant. Il a été obligé de cesser son travail, à défaut d'appétit et de forces, et rend une urine très épaisse avec des sueurs profuses la nuit.

Une saillie existe sur le côté droit de l'abdomen, d'un pouce et demi d'élévation sur la ligne horizontale de l'ombilic, avec une teinte noirâtre de la peau. Engorgement de la région lombaire avec matité absolue dans la ligne mammaire droite et en dehors, depuis le bord supérieur du foie jusqu'au bord inférieur de l'engorgement, à trois pouces du ligament de Poupart. Résonance de l'estomac entre le foie et la tumeur. Matité en arrière dans toute la région lombaire.

La tumeur est mobile, sans adhérence à la peau ni au foie, l'effet d'une expiration forcée ne pouvant être apprécié. Fluctuation évidente au centre avec thrill à la palpation sur toute sa largeur. Pouls à 124, respiration 38, température de 101 à 102 Fahr., la nuit et de 99 le matin. Urine trouble, jaunâtre, dépôt très abondant une à deux heures après son émission; cellules purulentes très nombreuses avec globules sanguins, épithélium rénal et urates amorphes.

Une ponction avec le trocart n° 2 est pratiquée le 10 janvier, donnant 42 onces d'un pus épais de bonne nature, aspiré durant une heure et demie. Soulagement immédiat, malgré la douleur locale produite par l'aspiration prolongée. Une péritonite localisée s'ensuivit durant trois à quatre jours et donna beaucoup d'inquiétude. La tumeur diminua aussitôt, ainsi que la matité et le pus dans l'urine qui persista encore un certain temps.

L'opéré quitta l'infirmerie convalescent et revint un an après, en mai 1884, pour un ulcère de la jambe, rendant une urine normale, sans trace de tumeur dans le ventre,

mais conservant une matité plus profonde et étendue de la région lombo-dorsale droite qu'à gauche, sans aucune douleur. (*Lancet*, 12 juillet.)

**Abcès du poumon.** *Incision et drainage* suivis de guérison. Voy. CHIRURGIE DU POUMON.

**Abcès du cou.** En présence des hémorrhagies formidables qui en sont fréquemment la conséquence, par l'ulcération, l'érosion ou le ramollissement d'un vaisseau important de la région et l'inanition ou la nutrition défectueuse des malades, le docteur J. Liddel recommande d'en faire l'ouverture de bonne heure pour prévenir leur fusion dans les tissus environnants. En cas d'hémorrhagie, vider complètement le foyer et lier les deux bouts du vaisseau divisé. En cas d'impossibilité, ne pas hésiter à appliquer le cautère actuel, en exerçant une compression soutenue sur la carotide entre la trachée et le bord antérieur du sterno-mastoïdien pour prévenir la mort subite. En cas d'insuccès, il ne reste plus qu'à lier la carotide primitive. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1883.)

**Abcès sous-scapulaires.** Quatre cas en ont été signalés à la Société médicale d'observation de Boston le 7 avril. Deux existaient chez des enfants. L'omoplate était soulevée et formait un angle avec le thorax comme un volet chez le premier. Le pus se fraya un chemin dans la plèvre et l'enfant succomba; chez le second, l'abcès fut ouvert par le docteur Hooper et l'enfant guérit.

Le troisième apparut sous forme d'un épanchement péritonéal; mais une incision exploratrice découvrit une collection de pus sous la peau et le fascia. Une douleur locale sous l'épaule gauche, augmentant par le mouvement du bras, en fut le premier symptôme chez une fille de vingt-deux ans. A l'examen, le docteur Minot rencontra une tumeur ronde, molle et mobile sur le bord externe de l'omoplate, s'étendant profondément vers l'aisselle. Il crut à une tumeur graisseuse. Une incision en pénétrant entre les fibres du trapèze détermina un jet de pus. L'ouverture agrandie conduisit sous la partie inférieure du scapulum où était le foyer principal. L'emploi d'un drain en détermina la guérison en dix jours. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 7.)

**ACCOUCHEMENTS.** *Emploi du sublimé corrosif.* Peu d'agents antiseptiques ont eu un succès aussi rapide et incontesté. Inauguré en France par le professeur Tarnier, il a donné des résultats si encourageants qu'il a été adopté aussitôt d'enthousiasme à peu près universellement (Voy. *année* 1882). En obstétrique et en chirurgie gynécologique surtout, il n'a trouvé que des admirateurs, malgré ses redoutables propriétés toxiques, et le professeur Stadfeldt de Copenhague est le premier à élever la voix contre les dangers de cet emploi usuel. A la campagne, dit-il, c'est un agent dangereux à laisser entre les mains d'une sage-femme. Sa solution aqueuse, inodore et incolore, laissée dans la chambre, peut donner lieu à de graves méprises, aussi bien dans les Maternités que dans les hôpitaux.

En injections utérines, sa solution aqueuse au 1500e a donné de très bons résultats dans 6 cas. L'enthousiasme commençait; le septième vint y mettre une sourdine et éveiller des craintes. Une primipare de vingt-trois ans, accouchée à terme le 25 décembre 1883, eut une hémorrhagie pendant la délivrance artificielle à laquelle des injections phéniquées à 3 pour 100 mirent fin. Jusqu'au 28 l'état fut satisfaisant, lorsque la fièvre se déclara dans la soirée du 29. Une injection de sublimé est alors pratiquée dans l'utérus le 30; mais à peine 3 à 400 grammes sont-ils évacués que des douleurs de tête et une suffocation au gosier se manifestent. On cesse aussitôt l'injection, et des douleurs vives à l'hypogastre, s'irradiant aux aines et aux lombes, sont accusées; puis des sueurs profuses font revenir le calme. Urines très albumineuses ensuite.

Le lendemain, douleurs de tête et vomissements sans fièvre; diarrhée avec stries sanguinolentes qui cesse bientôt, puis la langue devient sensible sans salivation, offrant de petites ulcérations grisâtres sur ses bords. Enfin, malgré une température normale et l'absence de diarrhée, la soif est vive et l'état général s'empire; il y a anurie le 3 janvier avec malaise général sans douleur localisée, et la mort arrive le 4, cinq jours après l'injection mercurielle et dix après l'accouchement.

L'autopsie ne découvrit pas trace de péritonite, mais de nombreuses ulcérations du gros intestin et des altérations rénales, sans trace de mercure dans aucun organe. La

preuve de l'empoisonnement n'existait donc pas, mais il y a des avertissements qu'il peut se manifester. (Voy. ANTISEPTIQUES.) Des réserves sont donc à faire sur son immunité. (*Centralblatt für gynæk.*, février.)

L'usage de ce sel a rencontré un partisan si zélé à la Maternité de New-York dans le docteur Garrigues qu'il en inonde les salles et ses accouchées. Il en recouvre la vulve avec une compresse imbibée, sous forme d'un vrai pansement occlusif auquel il attribue particulièrement la propriété de prévenir l'infection puerpérale. (*Med. Soc. of New-York*, 21 décembre 1883.)

*Sulfate de cuivre.* C'est le rival opposé par le docteur Charpentier qui l'emploie en solution au 100e chauffé de 36 à 38°. Il est déclaré un puissant antiseptique, sans que personne ait encore fait écho. (*Acad. de méd.*, 4 mars.)

*Mortalité puerpérale.* Le rapport annuel de l'hôpital Rotunda, de Dublin, par le docteur Macan, chef interne de cette Maternité bien connue, confirme la sagesse des précautions antiseptiques et les bons résultats des méthodes généralement adoptées. Sur 1090 accouchées pendant l'année finissant en novembre 1883, il n'y a eu que 6 décès soit 0,55 pour 100 ou un sur 181,6. Les accoucheurs anglais qui évaluaient autrefois cette proportion à 1 : 120 dans la pratique civile sont donc bien dépassés aujourd'hui dans les Maternités.

Voici les mesures employées : aucun étudiant disséquant n'est admis daus les salles ; avant tout examen, étudiants et infirmières sont tenus de se laver les mains avec une brosse dans une solution phéniquée et de se les tremper ensuite pendant trente secondes dans une solution de sublimé au 1000e. Le toucher trop fréquent et la palpation abdominale sont prévenus comme à Vienne par l'enseignement, et chaque personne qui la pratique est tenue d'écrire son nom sur la pancarte, afin de pouvoir mieux dépister l'infection.

Aussitôt après l'accouchement, la femme est placée sur son séant pour prévenir l'introduction de l'air dans les parties génitales qui ne doivent être touchées avec les doigts ensuite qu'en cas de nécessité absolue, comme hémorrhagie,

rétention ou rupture, et encore les parties sont-elles lavées, irriguées préalablement ainsi que les mains des opérateurs. Un pessaire iodoformé est alors introduit au fond du vagin; tous les drains sont en verre et bouillis dans une solution phéniquée avant qu'on s'en serve, aussi bien que les cathéters. Autrement les parties génitales sont lavées avec de l'eau tiède deux fois par jour et épongées avec du linge. (*Boston med. and surg. journal*, n° 6.) Voy. FIÈVRE PUERPÉRALE.

*Le froid contre l'inertie utérine.* Au lieu du seigle ergoté, si dangereux, employé trop facilement par les sages-femmes et même des médecins dès qu'un accouchement traîne par la lenteur ou l'insuffisance des contractions, un moyen simple, innocent et se trouvant partout, sans frais, est employé et recommandé par le docteur Prognot : c'est l'application de la main froide étendue sur l'abdomen. La palpation suffit ainsi à provoquer la contraction, comme il s'en est assuré plusieurs fois, bien que le fait ne soit signalé nulle part. Une cuvette ou mieux un seau d'eau fraîche à portée suffit donc, en y trempant la main pendant quelques minutes, à remplir cette médication. On étend la main aussi largement que possible sur le ventre et, en quelques secondes, l'utérus se contracte, surtout si l'on exerce une légère pression. Une large compresse peut y suppléer si l'on craint de se faire mal. En renouvelant ce procédé dix à quinze fois à intervalles suffisants, suivant la période du travail, on obtient des contractions régulières et fréquentes qui déterminent l'accouchement naturel.

En essuyant le ventre aussitôt que la douleur est passée, afin de rendre la prochaine application plus efficace, jamais l'auteur n'a vu d'accident en résulter pour la mère ni pour l'enfant. Ce procédé convient même à l'expulsion du placenta. (*Bull. de thérap.*, novembre.)

*Kystes du petit bassin.* Deux exemples en sont rapportés par le docteur Porak chez de jeunes primipares accouchées dans les hôpitaux. Reconnues pendant le travail, ces deux tumeurs ne purent être diagnostiquées, mais en entravant la descente de la tête, elles rendirent l'application du forceps nécessaire et se rompirent sous l'influence des tractions. L'une fusa dans la grande lèvre droite cor-

respondante et l'autre, grosse comme un œuf de poule et située du même côté, laissa échapper un liquide limpide contenu dans une membrane ou poche hydatique. C'étaient simplement deux kystes de cette nature. D'où l'indication, en pareil cas, de les ponctionner préalablement plutôt que de s'exposer à les rompre par éclatement.

De là une nouvelle relation de ces kystes divisés en hydatiques et muqueux. Au nombre de 15, ces faits ont déjà été signalés et rappelés plusieurs fois, à cause des difficultés apportées à l'accouchement et les opérations qu'ils ont nécessitées. Ils siégeaient 10 fois en arrière, dont 4 dans la cloison recto-vaginale, 2 dans le cul-de-sac de Douglas et un en arrière du rectum; 3 fois directement en avant, dont un muqueux; 3 fois en avant et sur les côtés; 4 fois, ils étaient multiples. Leur volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à la mandarine. Leur consistance ferme, sinon dure, peut donner lieu à erreur au moment de l'accouchement, car les primipares en ignorent souvent l'existence. Leur irréductibilité et leur immobilité en sont les meilleurs caractères. Ils ne peuvent se confondre avec des tumeurs dures, bénignes ou malignes et plus ou moins ramollies dont les souffrances ont toujours décelé l'existence. L'hématocèle, un abcès ou un kyste de l'ovaire sont susceptibles d'être confondus, et la ponction qu'il s'agit de pratiquer ne pourrait être d'aucune conséquence grave, surtout au point de vue de l'accouchement qu'il s'agit de terminer. (*Gaz. hebdomad.*, nos 10, 11 et suivants.)

*Hémorrhagies du cordon.* Voy. HÉMORRHAGIES.

*Latéro-positions congénitales de l'utérus.* Elles sont fréquentes surtout portées à gauche, d'après le professeur Lazarewitch. Dues à un défaut de développement du ligament large ou de la paroi latérale du vagin, elles ne sont susceptibles d'aucune modification. D'où l'inégalité des culs-de-sac latéraux et de la hauteur des ovaires. Pendant la grossesse, l'utérus déplacé en latéro-position garde la direction de son axe; il change seulement de forme et son segment inférieur se dilate excentriquement vers le côté du bassin opposé à celui vers lequel l'utérus se trouve dévié.

Au moment de l'accouchement, il est impossible de remé-

dier à la situation vicieuse de la matrice, comme on le fait dans les latéro-versions, en plaçant la femme dans une position convenable. L'orifice du col, au moment de la dilatation, aura une situation excentrique ; mais l'accoucheur obviera facilement à cet inconvénient en introduisant le doigt dans le col de l'utérus et en l'attirant vers le milieu du bassin. (*Congrès de Copenhague.*)

*Présentation du siège.* Les tractions violentes opérées en pareil cas sur le tronc pour le dégagement de la tête déterminent parfois, surtout chez les enfants chétifs, un hématome peu connu se manifestant à la naissance par une petite tumeur latérale du cou, à droite le plus souvent. Il est produit par la déchirure du muscle sterno-mastoïdien. Molle et fluctuante au début, cette tumeur durcit bientôt et prend une consistance fibreuse. Elle a été ainsi prise pour un kyste en ne restant pas inaperçue.

Un nouvel exemple en a été présenté sur une petite fille de trois mois venue par le siège, par le docteur Blachez qui, l'un des premiers, a signalé ce fait en 1879. Récemment un enfant de deux mois venu par le siège a été apporté à l'hôpital Trousseau avec une tumeur très dure sur le côté du cou. Le docteur d'Heilly constata un hématome. MM. Legroux et Descroizilles ont aussi plusieurs fois observé le même fait.

Le pronostic en est toujours bénin et le traitement des plus simples. Des frictions, du massage sont utiles au début. Sans action plus tard, ils sont remplacés par des résolutifs en liniment ou en pommade, sans qu'il y ait jamais lieu à l'intervention opératoire. La guérison est spontanée après quelques mois. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 novembre.)

*Déchirures du col.* Un grave accident y succéderait, d'après le docteur Seymour : c'est l'hématocèle dont il rapporte trois exemples. Un accouchement spontané et rapide détermine une déchirure profonde du col à droite et, dès le lendemain, une tumeur appréciable est sentie dans le ligament large du même côté. Ponctionnée quelques jours ensuite, elle donne 55 grammes de sang pur. Mort consécutive par péritonite.

Dans un cas analogue, la ponction aspiratrice n'eut pas lieu et la femme guérit.

Dans un troisième exemple en observation, la ponction donna environ 50 grammes de sérum sanguinolent.

La rupture d'un vaisseau dans la déchirure serait donc la cause déterminante de ces accumulations sanguines. D'où l'indication de prévenir la descente trop rapide de la partie fœtale et s'assurer, en cas de déchirure, de sa profondeur par l'injection d'eau chaude et une exploration attentive des ligaments larges pendant les suites de couches. (*Amer. journ. of obstetrics*, mai.) Voy. RUPTURES UTÉRINES.

**Accouchements tardifs.** *Mortalité.* Une statistique de 28, 279 accouchements, survenus à la Maternité de Saint-Pétersbourg durant les trente dernières années, confirme leur gravité chez les primipares au-dessus de trente ans. 645 étaient dans ce cas, suivant les recherches du docteur Steinmann, savoir :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69 sur 100 | avaient..... | de 30 à 34 ans |
| 26 — | —..... | de 35 à 39 ans |
| 4,2 — | —..... | 40 ans et au-dessus. |

L'une d'elles avait même cinquante-deux ans.

Or, en 1875, la mortalité générale étant de 3,5 pour 100, s'éleva à 14 parmi ces primipares âgées et à 8 pour 100 en 1881, alors que la mortalité générale était descendue à 0,5. La primiparité a donc une influence fatale très marquée sur la mortalité des femmes au-dessus de trente ans ainsi que sur celle des fœtus. D'où l'influence des mariages tardifs sur la mortalité. (*Lancet.*)

La statistique analogue de 920 primipares, faite par Kleinwachter à sa clinique d'Innsbruck en les distinguant en trois catégories suivant leur âge, est encore plus concluante. 111 avaient de seize à dix-neuf ans, 694 de vingt à vingt-neuf ans, et 115 de trente à quarante-et-un ans. Il en résulte que les complications de la grossesse, les hémorrhagies exceptées, sont plus fréquentes chez les plus âgées, ainsi que les positions anormales du fœtus; la durée du travail est plus longue et l'emploi du forceps entraînant les déchirures du périnée est plus fréquent, enfin la mortalité plus grande que chez les jeunes. Plus exposées aux maladies des reins, à l'œdème, à la fièvre et à la manie puerpé-

rales, les primipares âgées sont aussi moins aptes à nourrir. (*Zeitschr. für geburtsch and gyn.*)

**ACHOLIE.** L'absence de la bile se traduit de différentes manières. De même que l'oblitération des vaisseaux artériels et veineux du hile peut la produire, elle se déduit parfois simplement de la décoloration des matières fécales sans ictère, avec tympanisme. Elle se montre encore par un trouble de la sécrétion biliaire résultant d'une altération des voies biliaires ou du foie qui sécrète ce liquide.

Trois cas observés par le docteur V. Hanot, à l'hôpital Tenon, dont deux vérifiés par l'autopsie, semblent déceler autant d'espèces ou de variétés différentes de cette entité pathologique grave. Elle est vraie, essentielle, symptomatique et pigmentaire. En voici les caractères cliniques différentiels.

**Acholie vraie.** Chez un homme de trente et un ans, atteint d'un cancer de l'estomac et de cancer secondaire du foie, les matières fécales se décolorèrent complètement pendant les trois dernières semaines de la vie, bien que le malade, par exception, continuât à s'alimenter dans des proportions moyennes. Pendant cette même période, point d'ictère ; pâleur, décoloration complète des muqueuses et du tégument externe. L'autopsie montra le cancer stomacal et le cancer hépatique secondaire.

Les voies biliaires étaient complètement libres, sans calcul dans la vésicule ni dans les conduits. La vésicule était vide, décolorée, recroquevillée, de telle sorte qu'elle n'aurait pas contenu plus de deux cuillerées de liquide, si l'on avait tenté de l'injecter.

C'était donc bien ici l'*acholie vraie*, idiopathique, complète ou incomplète, causée par une altération encore à déterminer du protoplasma de la cellule hépatique.

**Acholie symptomatique.** Elle s'imposait comme une conséquence indiscutable de l'oblitération des vaisseaux artériels et veineux du hile dans le premier cas publié en 1882.

**Acholie pigmentaire.** Chez un malade cachectique,

l'acholie se révélait par la décoloration des matières sans ictère et du tympanisme indiquant une affection hépatique indéterminée, sans aucun indice de lésion d'autres organes, ni rien qui permît de remonter à la cause de l'évolution morbide. L'affection hépatique devait être considérée cliniquement bénigne, car elle durait indubitablement depuis plusieurs années et présentait des rémissions d'une durée assez considérable. Chaque recrudescence, en dehors du mauvais état général, ne déterminait guère d'autres symptômes que la décoloration des matières sans ictère, ni fièvre, ni accidents douloureux. Il s'agissait donc là d'une affection chronique du foie, réduite, pour ainsi dire, à sa plus grande simplicité et s'accompagnant d'un trouble profond de la sécrétion biliaire. Il importait beaucoup d'établir s'il y avait abolition complète de la sécrétion biliaire ou simple modification. M. A. Robin, après une étude chimique des urines du malade, trouva que la bile était encore sécrétée, les pigments seuls faisaient défaut; c'était donc une *acholie pigmentaire*.

La marche ultérieure a justifié ce diagnostic en montrant que l'altération du système biliaire était au moins très superficielle. En même temps que l'état général s'améliorait, le tympanisme disparaissait et les matières fécales reprenaient graduellement leur coloration normale. Cette dernière crise avait duré trois à quatre mois comme toutes les précédentes depuis trois ans. Ce malade présentait donc cette particularité de sécréter normalement une bile incolore. L'acholie est ici un signe diagnostique de haute importance dont le pronostic est le moins sérieux. (*Soc. de biolog.*, 24 mai.)

**ACTINOMYCOSE.** Affection parasitaire et purulente, essentiellement chronique et locale, se manifestant sous forme de tumeur au voisinage des os, contenant du pus où se rencontre le champignon radié caractéristique. De là son nom. Spéciale à l'espèce bovine en Italie et à celle des plaines allemandes des bords de la mer Noire, cette affection a surtout été découverte et observée par les vétérinaires sous le nom d'ostéosarcome maxillaire du bœuf, en raison même de son siège de prédilection. Le professeur Perroncito, de Turin, en reconnut le premier la nature parasitaire, en

constatant au microscope, parmi des cellules rondes et géantes, « des arborisations disposées radiairement autour d'un centre commun, comme les productions cryptogamiques, et résistant à l'action de l'acide sulfurique. » (*Encyclop. agraria*, mars 1875.) En 1877 seulement, Bollinger, de Munich, confirma, précisa et étendit cette découverte, en fixant le premier l'attention de ses compatriotes à ce sujet. Un grand nombre de recherches et de travaux s'ensuivit bientôt en Allemagne sous l'influence de l'école anatomo-pathologique régnante et surtout des progrès de l'école de Pasteur.

Le vétérinaire bavarois avait si peu découvert ces corps particuliers du pus de la tumeur maxillaire du bœuf, qu'il signale une planche de l'atlas du Traité classique d'anatomie pathologique de Lébert, paru en 1857, figurant la première observation d'actinomycose faite chez l'homme en France. Elle était due à Louis, qui, le 17 décembre 1848, lui avait envoyé le pus épais et presque gélatiniforme d'un abcès des parois thoraciques d'un homme de 50 ans, atteint d'une affection pulmonaire chronique. Une quantité considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, gros comme une tête d'épingle, faciles à écraser, se rencontraient dans ce pus. On y distinguait des corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante et inaltérables par les acides minéraux concentrés. C'était bien le cas de reconnaître l'identité des éléments que lui-même avait rencontrés chez le bœuf; mais Bollinger se garde bien d'indiquer ces caractères parasitiques conformes à ceux de Perroncito. Il profite habilement de ces connaissances, qu'il feint d'ignorer, pour perfectionner ses observations personnelles présentées comme une découverte originale et inédite. C'est bien là la tactique allemande pour s'approprier le bien d'autrui sous l'apparence de la meilleure foi du monde.

Grâce à ce subterfuge, Israël présentait en 1878 comme inédite la découverte de l'actinomycose humaine par deux observations de pyémie faites chez l'homme, dont le pus avait offert de nombreux champignons sous forme de granulations jaunâtres. Et, pour mieux assurer la priorité allemande, il en rappelait une troisième inédite de Langenbeck, faite en 1845, où le même parasite avait été ren-

contré dans un phlegmon chronique de la région prévertébrale. Dès lors, les travaux allemands n'ont pas cessé de paraître d'année en année sur ce sujet, de manière à absorber l'attention publique et à la convaincre de ses droits de priorité, malgré les réclamations et les observations justifiées des auteurs italiens à cet égard. Sur 28 faits d'actinomycose humaine, collectés par le docteur Firket, de l'Université de Liège, dans un travail complet sur ce sujet, plus des deux tiers sont d'origine allemande.

Le champignon spécifique de cette néoplasie à marche lente, commune à l'homme et au bœuf, dont les caractères se rapprochent uniformément des produits de l'inflammation chronique et des tumeurs sarcomateuses, est encore si imparfaitement connu que les botanistes n'ont pu le classer définitivement. Il se transmet difficilement par inoculation directe d'une espèce animale à une autre, excepté chez le veau. Les inoculations du chien, du lapin et d'autres animaux sont restées stériles, quoique deux cas d'actinomycose spontanée aient été observés chez le porc. Il n'y a donc pas à décrire ici l'histoire naturelle de ce parasite. Les grains d'un jaune soufre, rencontrés dans le pus de foyers profondément situés à l'abri du contact de l'air ou y communiquant librement, et facilement reconnaissables au microscope, en sont le meilleur caractère histologique. Leur résistance aux acides sulfurique et chlorhydrique, leur défaut de réaction albumineuse à l'action de l'iode, en en indiquant la nature végétale, ne peuvent le faire confondre avec les granulations cristalloïdes environnantes. Tout le reste est encore de l'hypothèse. Si réel que soit l'actinomyces, son développement et ses affinités restent dans l'obscurité.

Son rôle pathogénique, malgré les expériences entreprises, est aussi inconnu. Sa pullulation dans l'organisme à de grandes distances est le seul fait patent et inexplicable devant la difficulté de sa transmission artificielle. Son action dans l'organisme est fondée exclusivement sur des analogies, et l'obscurité de l'origine de ce parasite, en donnant libre carrière aux suppositions, ne permet pas de s'y arrêter.

Deux formes principales s'en distinguent chez l'homme : cervicale et thoracique.

La première débute au cou, spécialement au niveau du maxillaire, et s'étend de là vers le thorax ou le crâne. C'est le type le plus fréquent. L'autre se traduit par des phénomènes d'une lésion pulmonaire ayant simulé une pseudo-tuberculose miliaire chez le bœuf. Des douleurs rhumatoïdes à sièges divers indiquent parfois directement l'altération des muscles thoraciques ou lombaires. Le seul moyen certain de diagnostic est la présence des concrétions parasitaires, sous forme de grains d'un jaune de soufre, aisément reconnaissables au microscope et même appréciables à l'œil nu dans le pus, sur les parois des abcès et des trajets fistuleux.

La marche lente et chronique du mal, qui a varié de sept à vingt mois dans les cas mortels, n'entraîne qu'une réaction fébrile modérée, sauf quelques poussées passagères. Le pronostic est toujours grave devant un diagnostic positif, par le défaut d'antiparasiticides. Une large ouverture des foyers apparents, suivie d'un raclage énergique des parois, ou mieux l'excision du sac s'il y a enkystement et jusqu'à la résection du maxillaire atteint, sont les seuls moyens ayant amené jusqu'ici la destruction du parasite et la guérison. La prophylaxie seule pourrait mettre un terme à cette redoutable affection et l'on en ignore jusqu'ici l'origine, aussi bien chez l'homme que sur l'espèce bovine et le porc. (*Revue de méd.*, avril.)

A défaut d'aucun exemple d'actinomycose humaine dans la littérature française, en voici un observé récemment comme le premier en Angleterre et offrant le type clinique de la première forme de cette affection. Un briquetier de quarante-cinq ans, fort et robuste, bien nourri, d'une bonne apparence, d'une famille saine, ayant toujours vécu dans de bonnes conditions sanitaires et n'ayant eu aucun contact avec le bétail, entre le 17 août 1883 à l'Infirmerie royale des bains de mer de Margate pour *une affection scrofuleuse des glandes du cou*. Le mal a débuté, il y a seize mois, par une inflammation de l'angle de la mâchoire gauche qui, formant une tumeur ensuite, fut incisée ; mais d'autres succédèrent bientôt dans le voisinage et l'on en compte à l'examen par M. Trèves jusqu'à cinq assez volumineuses, depuis le maxillaire et la partie latérale du cou jusqu'au quatrième cartilage costal près du sternum. Les

premières apparues à l'angle du maxillaire et au cou sont ulcérées avec une surface fongueuse ; les trois autres, situées perpendiculairement à la partie antéro-supérieure du thorax, sur une ligne droite au-dessus et en dedans du mamelon, sont apparues successivement et ont ainsi un volume graduellement moindre et une consistance croissante. Hémisphériques, molles, élastiques, elles présentent ainsi trois degrés différents de grosseur et de ramollissement. La peau de la première est amincie, rouge et prête à s'ouvrir ; celle de la seconde est décolorée, tandis qu'elle est encore normale sur l'inférieure. A droite et à gauche existent de petits nodules comme une bille, en voie de formation, et figurés dans une belle photographie de ce cas.

Le liquide s'écoulant des plaies, épais et séreux, contient de petites masses jaunâtres et des tissus détachés d'une odeur infecte. Tout en refusant une intervention opératoire, le malade ayant séjourné à l'hôpital jusqu'au 7 décembre a graduellement maigri : de nouvelles grosseurs sont apparues sur le cou et dans l'aisselle du côté opposé. Les tumeurs à droite se sont successivement ouvertes, sans présenter aucune analogie avec les tumeurs scrofuleuses ni rien de semblable. D'où le diagnostic d'actinomycose, confirmé par la découverte au microscope des petits champignons particuliers à cette affection parasitaire. (*Lancet*, 19 janvier.)

Cinq cas d'actinomycose humaine sur le péritoine et les viscères abdominaux ayant été publiés en Allemagne par Zemann, on a donc un total de six nouveaux cas à ajouter aux faits signalés plus haut. (*Medicin. Jahrbuch*, 1883, III et IV.)

**ALBUMINURIE.** Par sa fréquence et sa transition chez des personnes bien portantes, elle perd chaque jour du crédit qu'elle avait autrefois comme signe des maladies des reins. La présence de l'albumine dans l'urine, accompagnée ou non de débris épithéliaux, n'a plus de signification morbide qu'en se prolongeant, en augmentant et en portant atteinte à l'économie. Le docteur Griswold, appelé à examiner pour une compagnie d'assurances sur la vie une foule d'individus se présentant à cet effet, admet

qu'elle résulte simplement d'une disproportion plus ou moins temporaire de l'épithélium rénal dont l'intégrité est indispensable à la constitution normale de l'urine. L'examen successif de celle-ci lui a montré que l'albuminurie légère paraissait et disparaissait alternativement, sans que la santé en fut altérée. Il a été conduit ainsi à ne plus ajouter d'importance à ce signe passager pour les assurances et, en soumettant cet avis à l'Association médicale de New-York, il a rencontré une adhésion presque unanime. Il ne s'agit donc que de suivre ces cas d'albuminurie transitoire assez longtemps chez les mêmes personnes pour savoir ce qu'il en adviendra. C'est son intention chez ses assurés. (*Boston med. and surg. journal*, n° 23.)

*Contre-indication de la pilocarpine.* Les succès obtenus avec cet alcaloïde contre l'anasarque produite souvent par un refroidissement subit de la peau dans la maladie de Bright, ne doivent pas en faire méconnaître les insuccès. Chez un garçon de seize à dix-huit ans, placé dans ces conditions salle S. Carlos à l'hôpital S. José de Lisbonne, où il avait été successivement traité par le tannin, les diurétiques et les purgatifs, le docteur Souza Martins voulut essayer de ce médicament qui lui avait réussi dans un cas analogue. Une injection hypodermique de deux centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine fut pratiquée le matin, et sans qu'il se manifestât ni diaphorèse ni sialorrhée, ni gastrorrhée, ni diurèse, le malade succombait le soir dans le coma, sans aucune lésion appréciable à l'autopsie que la maladie de Bright.

D'où l'enseignement pratique, d'après l'auteur, d'essayer préalablement, en pareil cas, la capacité ou l'incapacité sudorifique du tégument externe, avant d'instituer le traitement par la pilocarpine ou le jaborandi. Si la diaphorèse se manifeste, l'alcaloïde peut être impunément employé. Nous devons dire que le jaborandi est resté absolument sans résultat dans un cas, chez une femme de soixante ans dans les mêmes conditions. (*Médecine contemp.*)

*Albuminurie physiologique*, thèse inaugurale par le docteur de Chateaubourg, Paris, 1883. Exposé de 701 expériences faites sur des soldats et des enfants en santé avec

divers réactifs, notamment l'iodure double de mercure et de potassium additionné d'acide acétique suivant la méthode du professeur Bouchard. La présence de l'albumine en a été décelée dans 592 cas, à la faible dose de un à cinq milligrammes par litre d'urine le plus souvent. La dose de 3 centigrammes est moins fréquente, et 169 fois elle s'élevait à 25.

Il y a donc une albuminurie physiologique, variant et se modifiant suivant la température, le travail, l'alimentation. Certains individus en présentaient jusqu'à 25 centigrammes un jour, sans traces le lendemain. La fatigue corporelle l'augmente, surtout d'après l'expérience des soldats. Le travail intellectuel l'augmente aussi, suivant l'observation sur des jeunes gens préparant un examen. La digestion se faisant en repos ne la détermine pas. Il en est autrement de la menstruation et des fonctions génératrices. Les bains froids ont un effet si marqué que, sur 53 hommes ayant pris un bain de cinq minutes, tous présentèrent de l'albuminurie à divers degrés, alors que l'examen de 16 d'entre eux n'en avait pas décelé avant d'y entrer. Elle augmenta après le bain chez ceux qui en avaient auparavant. Si la filtration répétée peut amener des altérations de l'épithélium rénal, ces bains doivent donc être interdits à ceux qui présentent de l'albumine dans leurs urines d'une manière intermittente.

*Albuminuries transitoires*, thèse inaugurale par le docteur Capitan, Paris. Résumé des causes morbides déterminant l'albuminurie. Toutes les irritations nerveuses, latentes ou sensibles par la douleur en sont les principales; celles de l'intestin et de la peau la produisent par hypothermie, comme les pyrexies, les fièvres par excès de température, sinon par l'infection en résultant. L'irritation spinale et de tous les nerfs en provenant, celle du sciatique en particulier, comme des plexus abdominaux par les coliques hépatiques et néphrétiques, y donnent lieu. Ces phénomènes transitoires n'ont donc pas plus d'importance que ceux produits dans l'état physiologique dès que l'action n'est pas persistante, mais il faut toujours éviter d'y donner lieu autant que possible par le danger de rendre les reins malades.

**Albuminurie chloroformique.** En revenant sur cette dé-

couverte obtenue chez des lapins par le professeur Bouchard, en leur injectant du chloroforme sous la peau, il s'agissait de savoir comment la mort arrivait consécutivement chez ces animaux dans un état de santé apparente. Elle avait lieu de même chez le chien à la dose extrême de deux centimètres cubes de chloroforme par kilogramme, sans gangrène ni phlegmon au siège de l'injection. Elle ne pouvait dépendre non plus d'accidents urémiques, car les reins se trouvaient exempts de néphrite. On coupa même préalablement les nerfs sciatique et crural du côté de l'injection pour vérifier si la mort n'avait pas lieu par action réflexe, sans plus de succès. Le sang des lapins albuminuriques fut injecté à d'autres, pour savoir s'ils ne mouraient pas septicémiques, mais le résultat fut encore négatif, comme l'absence de microbes dans ce sang le faisait prévoir.

Restait l'hypothèse simple et naturelle de l'empoisonnement par le chloroforme. Des inhalations légères déterminèrent une albuminurie intense et rapide avec hématurie, mais non la mort. 20 centigrammes dissous dans l'eau alcoolisée, introduits dans les veines, amenèrent les mêmes accidents sans la mort. Il fallait donc bien attribuer celle-ci à une action toxique du chloroforme, mais sans pouvoir connaître son mécanisme.

Tel est le résultat fruste de ces nombreuses expériences sur l'albuminurie chloroformique des lapins et le retentissement solennel que l'on a cherché à leur donner. On se résigne difficilement à avoir travaillé si longtemps pour rien et les organes périodiques de la presse sont ainsi remplis de ces travaux négatifs. On préfère les étaler plutôt que de se taire. Pour montrer leur inanité et leur peu de signification, il suffit de rappeler que les injections sous-cutanées de chloroforme, faites contre la sciatique par Demarquay, ne déterminaient ni l'albuminurie ni la mort chez l'homme, même à la dose de 3 à 4 centimètres cubes par jour et jusqu'à 5 en une seule fois. Ces faits étant bien et dûment constatés, quel rapport peut-il y avoir entre les effets observés sur le lapin et l'homme? L'albuminurie transitoire constatée chez celui-ci à la suite des inhalations prolongées de chloroforme ne prouve même pas cette relation. L'objectif du vrai médecin doit être l'homme, en abandonnant les animaux aux vétérinaires. (*Acad. de méd.*, février, et *Tribune méd.*, n° 820.)

**ALCOOLISME.** *Antagonisme de la strychnine.* Comme l'iodure de potassium et le mercure modifient les éruptions syphilitiques, les gommes, les céphalées, la fièvre, l'alopécie, la strychnine guérirait le délirium tremens et atténuerait toutes les autres conséquences de l'alcoolisme : affections inflammatoires, épilepsie, folie, d'après le professeur Luton (de Reims). Trouver l'antidote de toutes les affections spécifiques a toujours été le but principal du célèbre thérapeute. Le docteur Lecuyé enseigne donc sous son inspiration que la strychnine s'adresse à toutes les manifestations de cette intoxication : troubles nerveux ou cardiaques, cérébraux ou gastriques. L'épuisement et la misère physiologique étant la suite ordinaire de l'alcoolisme chronique par la diète, l'insomnie, l'agitation musculaire en résultant, la strychnine oppose sa stimulation à l'inertie, l'hyperémie à l'hypoémie capillaire, la réparation à la régression par son action excito-motrice des centres nerveux.

Le *sulfate de strychnine* en injection hypodermique convient le mieux lorsqu'il faut agir vite chez des malades agités ou indociles, dans le délirium tremens par exemple. Voici la solution usitée :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ | Sulfate de strychnine cristallisé..... | 0, 30 centigr. |
| | Eau distillée..... | 30 gram. |

Suivant la gravité, on injecte la moitié ou la totalité d'une seringue de Pravaz et l'on peut même la renouveler d'après l'effet obtenu. 7 grammes, soit 7 centigrammes de sulfate de strychnine, ont été ainsi administrés exceptionnellement en quinze heures, par suite de la tolérance extrême de certains intoxiqués aux médicaments; 15 grammes de teinture de digitale ont été aussi absorbés par des dipsomaniaques atteints de délirium sans accident. Avec la strychnine, il est prudent de n'injecter qu'un centigramme à la fois, à deux heures d'intervalle. Les bons effets obtenus contre ce symptôme indiquent spécialement cette médication. (*Thèse inaugur.*, Paris, 1883.)

L'effet opposé de ces deux poisons : l'alcool et la strychnine, a fait employer la teinture de noix vomique en potion contre l'alcoolisme. (Voy. *année* 1879.) M. Luton a même proposé de l'ajouter à faible dose dans les liqueurs amères, comme l'absinthe et le bitter, pour mieux en neutraliser

l'effet. Mais leur antagonisme n'est pas suffisamment établi pour risquer cette pratique. Les expériences de Stacchini sur des animaux alcoolisés avec la strychnine n'ont déterminé aucun effet convulsivant, mais ils sont morts dans le coma et le refroidissement alcoolique. D'où il conclut qu'il n'y a pas utilité à l'administrer contre l'ivresse, par la différence d'action de ces deux agents. (Voy. STRYCHNINE, 1878.)

*Paraplégie alcoolique.* Signalée en Angleterre dès 1868, cette paralysie y a été observée fréquemment depuis, notamment chez les femmes. De nombreux exemples en ont été signalés par les docteurs Wilks, Buzzard, Barlow, sous le nom d'empoisonnement alcoolique, et un exemple type, communiqué récemment par le docteur Broadbent sur un dipsomane de quarante-deux ans, a ramené l'attention sur ce sujet. Dès sa puberté, cet homme eut la passion du vin. La paralysie se manifesta insidieusement dans les membres supérieurs par une faiblesse des extenseurs des avant-bras en levant son verre. Les fléchisseurs se prirent ensuite, puis ceux du tronc et des membres inférieurs. Sensibilité intacte, rien aux sphincters. Pâleur, bouffissure des mains, tandis que les pieds pendants transpirent. Absence d'albumine et de sucre dans l'urine. En une semaine, la paralysie augmenta au point que les bras pendant le long du corps ne pouvaient être ramenés dessus et que le malade ne pouvait se coucher. La paralysie du diaphragme rendait la respiration et la parole difficiles. Il succomba asphyxié le 11 avril. La moelle fut trouvée très pâle, d'une consistance normale et sans changement au microscope.

L'auteur a rappelé cinq faits semblables, observés chez 4 femmes et 1 homme de trente-neuf ans, tous adonnés à l'alcoolisme et menant une vie très sédentaire, comme le sujet précédent. Depuis douze ans, le docteur Wilks a rencontré de nombreux cas de cette paraplégie, sans avoir constaté à l'autopsie aucun changement de la substance nerveuse du cerveau ni de la moelle. Il n'est pas rare qu'elle disparaisse dès que les malades cessent de boire. Plusieurs étaient névralgiques, trois offraient également tous les symptômes d'une sclérose amyotrophique latérale dont un a guéri, malgré la difficulté de comprendre la disparition de cette

sclérose. Il doute ainsi qu'aucun cas type puisse résulter seulement de l'intoxication alcoolique.

Au contraire, le docteur Buzzard, après avoir observé plusieurs cas, voit une grande ressemblance de l'un à l'autre. Il a constaté des douleurs lancinantes très aiguës dans les membres, alors qu'elles ont manqué chez les malades de M. Broadbent, malgré l'hyperalgésie constatée également. Il y a sans doute de grandes variétés de forme suivant les individus, soit une extrême atrophie musculaire ici, de la contracture là, de la paresse d'esprit chez les uns, de l'œdème des extrémités chez d'autres, qui font absolument défaut dans le plus grand nombre. Des paraplégiques alcooliques lui ont montré une grande diminution et même l'absence de réaction au courant faradique, alors qu'elle était très exagérée au courant galvanique. La maladie est donc spinale par son analogie avec ce que l'on observe dans la paralysie saturnine généralisée.

Il n'a jamais vu de cas mortel, tandis qu'il a été témoin de guérisons remarquables. Les malades allaient très bien tant qu'ils se privaient de boire, et les accidents ne tardaient pas à reparaître dès qu'ils reprenaient leur fatale habitude. Aucun malade n'a offert de névrite optique, mais quelques-uns présentaient une sorte de délirium.

Le docteur Barlow en a observé 4 cas chez des femmes de vingt-six, trente et un, quarante et soixante ans, toutes hyperalgésiques. La contracture n'était jamais comme dans la sclérose latérale. Rien dans les yeux, mais toutes les extrémités étaient atteintes ainsi que le cerveau, comme le prouvait un délire muet, de l'hébétude et la difficulté de la parole. Une seule est morte, trois ont guéri. (*Royal med. chirurg. Society*, 12 février.)

Deux cas mortels en ont été observés par M. Hadden chez des femmes de trente-trois et de quarante-deux ans, avec paralysie des quatre membres. Une tuberculose aiguë fut rencontrée à l'autopsie de la première, sans lésion apparente des centres nerveux, alors que la seconde présenta une atrophie du lobe frontal et une pâleur de la substance grise de la moelle cervico-dorsale. Diminution des tubes nerveux du sciatique droit et névrite interstitielle, comme dans d'autres nerfs périphériques. (*Patholog. Society*, 21 octobre.)

Plus que les autres formes, la paralysie alcoolique est susceptible de guérison dans les cas les plus graves en apparence. Un alcoolique, observé par le docteur Régis, présentait l'ensemble le plus complet des phénomènes de la paralysie générale et il en fut déclaré atteint par tous les médecins qui le virent, lorsque peu à peu la loquacité, le tremblement, la démence et la paralysie disparurent. (L'*Encéphale*, n° 1.) Ce qui dépend, suivant le docteur Camuset, de la lésion cérébrale déterminée par l'alcoolisme. Après une méningo-encéphalite, la paralysie générale sera fatalement incurable; après la manie congestive, elle ne sera qu'apparente, comme il en a observé huit cas. (*Ann. méd. psychol.*, n° 5, 1883.)

Moins fréquents en France, ces cas n'ont pas tardé à s'y rencontrer. Dès 1867, des troubles sensitifs et des symptômes névralgiques sont signalés par M. Leudet dans un cas de paralysie alcoolique, sans lésion de la moelle au microscope (Voy. *année* 1867) et M. Lancereaux l'a confirmé chez deux femmes très actives, une laitière et une domestique, ce qui contredit l'action du défaut d'exercice dans l'étiologie. Il signale principalement la symétrie des désordres moteurs, avec une hyperesthésie antérieure suivie d'anesthésie. Mais dans ces deux cas, les signes de la dégénérescence atrophique furent trouvés dans le nerf radial et le tibial postérieur à la périphérie du tronc, tandis que les cellules des cornes antérieures et les fibres des racines spinales étaient intactes. Une névrite périphérique traumatique fut ainsi mise en question dans ce cas par différents observateurs français. (Voy. PARALYSIES ALCOOLIQUES, 1881.)

Dans une leçon récente, le professeur Charcot a soumis aux élèves de sa clinique deux femmes présentant tous les symptômes de la paraplégie alcoolique à un degré variable. La paralysie des extenseurs de tous les membres existait avec abolition des réflexes tendineux, œdème des membres inférieurs et coloration violacée de la peau. Après les détails précédents, il serait superflu de présenter le résumé de cette leçon par M. Féré, mettant les principaux caractères de cette maladie en évidence. (*Progrès méd.*, 4 juin.) Sa plus grande fréquence en Angleterre explique peut-être aussi sa guérison plus commune par une observation anticipée. La prédisposition des femmes semble résulter surtout de l'im-

pressionnabilité de leur système nerveux et la diathèse névropathique en résultant. Le défaut de lésion dans la moelle permet donc d'espérer de suspendre cette paraplégie par une abstinence complète et persistante de l'alcool.

Le docteur Dreschfeld en distingue une forme spéciale, marquée par des symptômes ataxiques surtout chez l'homme, et persistant malgré la cessation de l'alcool. Cette ataxie alcoolique, en l'absence des symptômes du tabes dorsal, suffit à en déterminer l'étiologie. L'absence du réflexe rotulien et les douleurs lancinantes se retrouvent néanmoins dans des cas types. Dans l'un, diagnostiqué au début et terminé fatalement, on trouva une tuberculose pulmonaire et rénale sans lésion de la moelle. Des nerfs périphériques comme le sciatique, le musculo-spiral et le crural antérieur étaient en dégénérescence par le défaut de myéline et du cylindre axe. Ce serait donc une névrite progressive périphérique qui, par sa marche lente et sa localisation aux extenseurs, pourrait être distinguée de la névrite non alcoolique déjà signalée. (*Brain*, août.)

**ALIÉNÉS.** Un projet de loi soumis au Parlement, pour la réforme de la législation des aliénés en France, a provoqué la juste susceptibilité des médecins aliénistes. Sous prétexte que la liberté individuelle n'était pas garantie suffisamment par la loi de 1838, d'après des faits mal interprétés de séquestration arbitraire sous l'Empire, les députés républicains ont voté une loi qui admet l'intervention des magistrats dans toutes les mesures concernant ces malades, au détriment de l'action du médecin. C'était une injure gratuite dont les aliénistes ont aussitôt fait justice en présence des actes criminels commis publiquement par des aliénés mis ou laissés en liberté en faveur de ces erreurs de l'opinion publique. Une proposition de M. Billod a permis ainsi à l'Académie de médecine d'examiner et de discuter ce projet de loi avant son admission par le Sénat.

Parmi les garanties édictées contre tout internement arbitraire, deux certificats de médecins sont exigés au lieu d'un seul, pour le placement volontaire ou d'office dans un asile public. Cette mesure contre toute complaisance coupable ou ignorance dangereuse a été vivement critiquée comme un acte de défiance et même comme inutile

Elle peut, en effet, retarder un placement rendu nécessaire immédiatement, alors que cette garantie est offerte par l'examen du médecin directeur de l'asile public ou de l'établissement privé, à l'arrivée du malade. Contre l'intérêt ou la connivence de ceux-ci, la surveillance immédiate du magistrat et de l'inspecteur, avertis d'office de l'admission dans les trois jours, ne viendra-t-elle pas aussitôt redresser tous les torts?

Déjà en usage par la loi en vigueur, cette surveillance est rendue bien plus rigoureuse pour tous les asiles publics et les établissements privés. Tous ces malades, lors même qu'ils sont traités ou retenus dans leurs familles, sont placés directement sous la protection de la justice qui les fait surveiller par ses agents ou par des médecins. Leur admission restera provisoire désormais, tant que la justice n'aura pas prononcé, et ne deviendra définitive que par sa sanction expresse.

A cet effet, le projet exige la création de nouveaux quartiers dans tous les établissements d'aliénés, publics et privés, pour recevoir les entrants et les tenir en observation pendant un mois, avant de les réunir aux autres malades. La crainte qu'ils en reçoivent une impression fâcheuse ou dangereuse a dicté cette innovation considérée par la commission académique comme illusoire, impraticable et onéreuse pour le budget des asiles. Elle a surtout été censurée par MM. Luys et Mesnet.

Les interdits pourront présenter directement leur requête à la justice pour leur mise en liberté ou la gestion de leurs biens et la garantie de leurs intérêts.

Création d'asiles spéciaux d'État pour les condamnés devenus aliénés et les aliénés criminels ou dangereux. Examen et contrôle plus sérieux pour leur mise en liberté qui devra être ordonnée par la justice.

Des *sorties d'essai* sont même prescrites pour les aliénés en voie d'amélioration. Cette faculté est critiquée par M. Mesnet comme ne pouvant être utile qu'aux mélancoliques convalescents. Tous les autres n'en peuvent aucunement profiter, et, en se prolongeant un mois, ces sorties peuvent devenir dangereuses pour la famille, la société et le malade même.

La commission, en approuvant ces innovations sauf ré-

serves, demande en outre que tout ce qui concerne le service des aliénés soit centralisé dans une direction spéciale au ministère de l'intérieur. Et dans le même esprit de protection de ces infortunés malades, le professeur Ball ajoute l'obligation du concours public pour les places des médecins d'asile, comme des internes, laissées aujourd'hui à la nomination directe de l'administration. Le traitement des malades ne pourrait qu'en profiter. Devant l'ignorance de la généralité des élèves à ce sujet, lorsqu'ils subissent leurs examens, il propose même d'instituer une épreuve spéciale pour les obliger à suivre l'enseignement théorique et clinique qui leur est donné. C'en serait la sanction la plus efficace. (*Acad. de méd.*, février et mars.)

L'inspecteur des asiles d'aliénés de l'Indiana fait cette remarque, dans son Rapport sur l'état des maisons des pauvres dans cette partie de l'Union américaine : « Si l'on pouvait dire seulement la moitié de la vérité de ce qui se passe dans ces *poor houses* et le traitement que les femmes, les aliénés et les idiots y reçoivent, toutes les femmes de l'Indiana se rueraient sur ces asiles pour en faire sortir ces malheureuses victimes. » Cet aveu, laissant entrevoir un certain degré de barbarie, montre que la civilisation est loin d'être aussi avancée et générale qu'on le dit aux États-Unis.

*Amblyopie alcoolique.* En examinant tous les aliénés admis à la Charité de Berlin depuis deux ans, les observations ayant porté sur 360 cas d'alcoolisme, le docteur Uhthoff a rencontré chez 14 0/0 une opalescence assez régulière de la rétine, marquée surtout à la papille, sans troubles de la vision. L'ophthalmoscope révèle une décoloration atrophique partielle de la papille, n'en intéressant souvent que le quart ou le cinquième. C'est un excellent signe de diagnostic de l'alcoolisme, même chez les femmes. Cette amblyopie serait donc plus fréquente par l'abus de l'alcool que par celui du tabac. (*Soc. méd. de Berlin*, 14 mai.)

*Altérations osseuses.* Elles sont très fréquentes, d'après Wiglesworth, et l'état normal des côtes en particulier est très exceptionnel. L'amincissement de la couche compacte

et l'agrandissement des canalicules de Havers sont des modifications ordinaires dans la plupart des cas. Si le plus souvent ces changements peu importants peuvent être rapportés au défaut de nutrition ordinaire dans l'aliénation, à la phtisie ou aux progrès de l'âge, ces lésions sont très manifestes chez 10 pour 100 environ des aliénés. Une résorption très marquée s'observe, l'os devient poreux et cassant. Des recherches comparatives, faites sur les cadavres de sujets sains d'esprit, montrent ces ostéoporoses beaucoup plus rares. (*British med. journ.* 1883.)

*Élimination de l'acide phosphorique.* L'influence considérable de cet acide sur la nutrition générale, celle des muscles, et surtout celle du système nerveux en particulier, démontrée expérimentalement par l'examen de l'urine par M. A. Mairet, devait avoir sa contre-expérience sur l'homme dans l'aliénation mentale, soit par le défaut d'exercice de la pensée, soit par son excitation morbide. Il a constaté ainsi que chez les maniaques, elle se modifie différemment dans les diverses périodes d'agitation, de dépression, de rémission ou de convalescence. Elle est suractivée dans la première et ralentie dans les autres; tandis que, ralentie constamment dans la lypémanie, elle augmente les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance cérébrale. (*Acad. des sciences*, août.)

Mais des résultats bien plus précis et concluants avaient été publiés dès 1876 sur ce sujet spécial par M. Lailler, pharmacien d'un asile d'aliénés où plus de 700 hommes étaient réunis. Des centaines d'analyses de l'urine, faites durant plusieurs années en suivant de près les malades et en constatant de visu leur alimentation, leur état physique et psychique, les modifications de leur délire et leur retour à la santé, l'ont conduit aux conclusions suivantes, soumises à la Société médico-psychologique.

1° Dans le délire aigu, dans la manie aiguë, il y a élimination, en excès notable, d'acide phosphorique et d'urée;

2° Dans la manie avec excitation, l'élimination de l'acide phosphorique est en léger excès; celle de l'urée est normale;

3° Dans la manie simple, l'urine est à l'état physiologique;

4° Dans la lypémanie à l'état aigu ou avec excitation, il y a exagération notable dans l'élimination de l'urée, et exagération restreinte dans celle de l'acide phosphorique;

5° Dans la lypémanie sans agitation, les doses d'acide phosphorique et d'urée éliminées ne s'écartent pas des doses physiologiques;

6° Dans la paralysie générale, l'excrétion de l'acide phosphorique et de l'urée est en rapport avec les états morbides si multiples que revêt cette forme d'aliénation mentale.

Il en est de même dans l'épilepsie. (Voy. *ce mot.*)

*Paralysie générale des aliénés.* Voy. PARALYSIES.

*Alimentation forcée.* Un nouveau procédé est employé par le docteur Sizaret depuis plusieurs années à l'asile de Maréville. Devant la difficulté de recourir à la sonde œsophagienne et le danger de verser les aliments dans le larynx pendant les vociférations du malade, il introduit la sonde, préalablement enduite de glycérine, dans une des fosses nasales jusqu'à l'entrée du pharynx. Avant d'aller plus loin, une poire en caoutchouc est adaptée à son pavillon avec un ajutage conique en bois tourné rempli d'eau froide. La main gauche, en pressant sur la poire, inonde le pharynx d'un jet d'eau froide et aussitôt avec la main droite la sonde est poussée hardiment dans l'œsophage jusqu'à l'estomac.

On conçoit aisément le résultat de cette manœuvre. L'eau froide provoque instantanément un mouvement réflexe par suite duquel l'épiglotte s'abaisse et ferme l'ouverture du larynx; la poire de caoutchouc continuant à se vider lubrifie ensuite les parois de l'œsophage et facilite la descente de la sonde. De là résultent deux avantages : on évite toute fausse route et l'on préserve les parois œsophagiennes de toute érosion. La longue expérience de ce procédé permet de le considérer comme infaillible, tant qu'il n'existe pas de paralysie pharyngienne. (*Revue méd. de l'Est*, n° 4.)

*Manuel pratique de médecine mentale*, par le docteur E. Régis. On trouve ici tout ce qui est relatif au déplacement des aliénés, aux expertises et à toute la pratique

médico-légale qui les concerne. Ces prescriptions légales étant dans la médecine active l'origine de nombreuses difficultés, les praticiens en trouveront la solution par les renseignements nets et précis de ce petit livre.

**AMPUTATIONS.** *Effet des antiseptiques.* La mortalité des amputations à l'infirmerie de New Castle était, il y a dix ans, de 40 pour 100, comme dans celle de Glasgow et autres hôpitaux analogues, avant l'emploi des antiseptiques. Depuis leur introduction, elle a graduellement décru, comme le montre la statistique suivante du professeur Page dans le premier de ces hôpitaux.

73 amputations primitives des membres, exécutées antiseptiquement du 1er avril 1878 au 31 décembre 1882, ont donné 53 guérisons et 12 morts sur 65 opérés, 8 restant en traitement, et 23 durant l'année suivante, y compris les précédents, ont donné 23 guérisons sans un seul décès. C'est donc seulement 12 morts sur un total de 96 amputations, soit 12 pour 100.

Les résultats ont encore été bien plus satisfaisants après les mêmes amputations pour maladies. 102 faites durant la première période ont donné 90 guérisons et 5 morts, 7 opérés restant en traitement; des 25 opérés pendant la seconde, ceux-ci compris, il n'y a eu que 3 morts. C'est donc 8 morts seulement sur 127 opérés, ou 6,3 pour 100, soit la moitié des premières.

Au total : 208 amputations des membres, pendant cette période de cinq années et neuf mois, ont donné 20 morts seulement, moins du 10e. Cette amélioration dans un hôpital de 230 lits, dont 150 sont attribués à la chirurgie, ne peut donc être due qu'aux moyens antiseptiques. Ce fait est confirmé par les 797 opérations de toutes sortes faites en 1883 et n'ayant donné qu'une mortalité proportionnelle, sans aucune endémie locale. (*Lancet*, 5 avril.)

**Amputation du pénis.** *Transplantation de l'urèthre.* Un épithélioma, gros comme une noisette, développé spontanément à la partie inférieure du gland près du frein, chez un boulanger de cinquante-deux ans, fut excisé par M. Storry à cause du priapisme en résultant. Une nouvelle tumeur reparut six semaines après, avec une infiltration

considérable du pénis qui déterminait de pénibles érections nocturnes. Pas de ganglions dans l'aine. Le pénis éthérisé fut dès lors amputé, suivant le procédé du professeur Thiersch, par la dissection de l'urèthre, et transplanté par une ouverture au périnée; un drain étant passé à sa place à travers le scrotum. En vingt-quatre heures, un épanchement sanguin remplissait celui-ci. Il fallut lui donner issue et la réunion des parties en fut retardée. Néanmoins, l'opéré quittait l'hôpital six semaines après, urinant facilement par le périnée auquel les deux lèvres du méat étaient solidement fixées. Revenu trois mois plus tard, cet homme, engraissé, se déclarait très satisfait de son opération, ne souffrant nullement pour uriner en s'accroupissant comme pour aller à la selle. C'est là un procédé qui ne paraît pas avoir été indiqué ni pratiqué jusqu'ici en France. (*Lancet*, 12 janvier.)

*Uréthrotomie périnéale.* Ce procédé nouveau a été exécuté par M. Harrison, à l'infirmerie de Liverpool, dans un cas analogue d'épithélioma du pénis remontant à neuf mois. Un volumineux ganglion existait dans l'aine droite. Le 29 mai, il ouvrit sur un conducteur la portion membraneuse de l'urèthre, et introduisit par là un tube dans la vessie. Six jours après, toute l'urine s'écoulant par le périnée, le pénis fut amputé au ras du pubis en taillant deux lambeaux latéraux; puis, liant l'urèthre avec des fils de soie, il réunit les deux lambeaux cutanés par-dessus avec des sutures métalliques, et enleva ensuite le ganglion de l'aine.

Ce procédé empêchant l'urine de couler sur le scrotum, où elle détermine des excoriations douloureuses, semble plus simple et préférable que la transplantation même de l'urèthre. L'opéré quitta l'infirmerie le 25 juillet, habitué à se sonder tous les jours et sans récidive. (*Idem*, 25 mars.)

**ANESTHÉSIE.** L'abus de son emploi sous différentes formes en Angleterre détermine peut-être plus d'accidents et de malheurs que partout ailleurs. La preuve en est dans trois décès survenus du 7 au 10 novembre. Le premier à Bedminster chez un enfant pour l'extraction d'une dent. Le dentiste employa son procédé indolore avec le chlorure

de méthylène et, avant que la dent fût arrachée, le patient pâlit, laissa tomber sa tête et asphyxia, sans qu'on ait pu le ramener à la vie.

Le 10, une enquête avait lieu sur le corps d'un autre enfant mort pendant l'éthérisation à l'hôpital *Metropolitan free* à Spitalfields pour une opération de bronchocèle. Le même jour, une autre enquête avait lieu à Derby, sur le corps d'un garçon mort à l'infirmerie d'une paralysie du cœur ou plutôt d'une syncope survenue pendant la chloroformisation. (*Lancet*, 15 novembre.) Ces malheurs n'arrivent pas aussi fréquemment en France.

Une *nouvelle mixture* est proposée par le docteur Colombel pour la produire; c'est le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Atropine..... | 2 centigrammes. |
| Morphine..... | 20 centigrammes. |
| Chloroforme..... | 20 grammes. |

Des expériences et des observations cliniques, faites dans les hôpitaux de Lyon, paraissent en faveur de cette méthode; il faut attendre.

*Méthylchloroforme.* En étudiant les propriétés chimiques et physiologiques de ce liquide, M. Rabuteau s'est assuré que c'est tout simplement du chloroforme où l'hydrogène est remplacé par le radical méthyle. Il est incolore, d'une odeur agréable comme celle du chloroforme et de l'éther acétique, mais moins incombustible que le chloroforme pur. Ses expériences comparatives sur divers animaux : grenouilles et cochons d'Inde, l'ont montré inférieur en qualités anesthésiques. (*Soc. de biol.*, 17 novembre.)

*Mélange titré de chloroforme.* Parvenu à faire appliquer ses expériences du chien, relatées en 1883, sur quelques opérés de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, M. P. Bert s'en prévaut aussitôt pour promulguer *sa loi.* 8 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air sont la dose invariable pour constituer un mélange presque agréable, absolument inoffensif à respirer, et dont il proclame les avantages suivants : Pas de période répulsive et délire toujours faible, même chez les alcooliques, et parfois nul chez

quelques adultes. Il a été employé chez 105 opérés sur 115. Le mélange à 7 0/0 n'est suffisamment anesthésique que pour les jeunes enfants. Le mélange à 10 0/0 ne fait que hâter la marche de l'anesthésie.

Insensibilité régulière et absolue en six à huit minutes : sommeil calme, respiration, circulation et température normales; pas de nausées; aspect normal et tranquille du malade dormant. Anesthésie consécutive constante et toujours très prolongée; réveil calme, bien-être consécutif, rarement quelques nausées très faibles.

Mais contrairement à cet optimisme empressé, le professeur Richet ayant assisté à plusieurs opérations d'anesthésie, suivant ce procédé, n'a pas constaté une grande amélioration sur les autres. Il lui paraît impossible de démontrer l'innocuité d'une méthode quelconque sans connaître la cause de la mort par l'inhalation du chloroforme. La proportion générale n'est d'ailleurs que de un décès sur 10 à 12,000 chloroformisations. Sédillot et M. Gosselin, dans leur longue pratique, n'ont jamais vu de mort, et lui-même, sur plus de 10,000 chloroformisations, n'en a eu qu'une seule. Tant que la nouvelle méthode des mélanges titrés n'aura pas fait la preuve de son efficacité par une expérience semblable, les chirurgiens ne peuvent changer leur méthode actuelle, si facile et peu dangereuse, pour une que l'on ne connaît pas. La base des mélanges titrés sur laquelle elle repose avec des appareils n'est pas sans précédent. Avec son inhalateur anesthésique, Clover, en Angleterre, arrivé à 3000 chloroformisations sans accident, le trouvait aussi supérieur à tous les autres procédés. « Rarement les malades ont de la toux, la grande majorité est anesthésiée en moins de dix minutes et ils s'éveillent certainement avec plus de facilité, moins de malaise et de prostration que sans mon inhalateur. » Mais la série des revers ne tarda pas et, de 1867 à 1874, 5 cas de mort subite surviennent avec cet appareil. Il y a donc à réfléchir avant d'adopter celui de M. P. Bert.

La forte dose de chloroforme administrée d'emblée par ce mélange peut devenir préjudiciable, suivant le professeur Gosselin, qui, d'après sa méthode, le donne à doses progressives comme Sédillot. Le docteur Peyraud, de Libourne, l'administre goutte à goutte, en en versant une seulement

à chaque inspiration. Il a constaté l'absence d'excitation par ce procédé et une anesthésie très rapide. Sept minutes et 6 grammes de chloroforme ont suffi chez une jeune femme, et un enfant de quatre ans n'a eu besoin que de la moitié. Une femme n'ayant pu être endormie avec 60 grammes, suivant la méthode ordinaire, l'a été avec 25 d'après celle-ci. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Le calcul de l'auteur lui fait admettre que le mélange d'air ainsi respiré est à 12 pour 100 seulement de chloroforme. Il se rapproche donc de celui de M. P. Bert à 10 pour 100. Mais comment verser exactement une goutte à chaque inspiration? (*Soc. de biol.*, novembre 1883.)

En examinant à l'ophthalmoscope les animaux anesthésiés par la méthode des mélanges titrés, le docteur Dubois a éprouvé une très grande difficulté à voir le fond de l'œil; ce qui tient à une modification des milieux réfringents. Cette altération siège surtout sur la cornée, dont la déformation est quelquefois visible, sans que cet astigmatisme soit modifié par l'état de sécheresse ou d'humidité de cette membrane.

En même temps, la tension du globe de l'œil diminue. Il a observé de même un phénomène assez curieux chez une chienne qui allaitait. Ses mamelles, gonflées avant l'anesthésie, étaient flasques au réveil; contrairement à ce qui se passe habituellement, cette chienne a uriné abondamment en se réveillant. (*Idem*, 19 janvier.)

**Chloroformisation.** *Mort subite.* Elle arrive souvent pendant la chloroformisation, sans que le chloroforme puisse en être accusé, comme le docteur Halbout l'a signalé peut-être le premier d'une manière précise. Sur 140 autopsies faites en pareil cas, une affection des poumons ou des plèvres en fut reconnue la cause chez 30 victimes, soit plus du cinquième. (Voy. *année* 1883.)

Le professeur Bardeleben signale l'embolisme graisseux des capillaires du poumon comme en étant une cause redoutable dans les fractures et les résections des os longs, spécialement du fémur dans son tiers supérieur à cause de l'abondance de la moelle. Il a été prévenu de ce danger en anesthésiant un homme qui allait subir la résection de cette partie à sa clinique de la Charité de Berlin et le fait s'est

confirmé le 24 juin 1883, d'après le docteur Junker. Après trois à quatre minutes d'anesthésie avec 10 grammes de chloroforme, pour la réduction d'une fracture du col du fémur, un artisan fort, mais alcoolique, cessa tout à coup de respirer, sans que les différents moyens essayés pendant une heure pour le rappeler à la vie aient réussi. Il annonça un embolisme graisseux comme la cause de la mort, d'après l'exemple d'un cas semblable survenu après l'inspiration de trois drachmes du plus pur chloroforme.

L'autopsie faite le lendemain à l'institut du professeur Virchow montra les capillaires remplis de particules graisseuses qui, en s'agglomérant, avaient opposé un obstacle à la circulation pulmonaire. D'où l'anémie et l'hypercarbonisation du sang. C'est donc un examen à faire à l'avenir dans les cas douteux. (*Lancet*, 5 janvier.)

**Ethérisation.** Une communication du professeur Cheever, de Boston, à l'Association chirurgicale américaine sur *les dangers et les inconvénients de ce Letheon*, promulgue ce grand fait que, de tous les anesthésiques, il en est le plus exempt. Depuis vingt-six ans qu'il l'emploie, il n'a pas eu un cas de mort et les plus grandes statistiques n'en accusent qu'une sur 23,204 cas.

Néanmoins son principal danger est d'agir sur la respiration, qu'il suspend ou arrête. La chute de la langue en est souvent la cause. Une grande sensibilité de la muqueuse des voies aériennes ou une abondante sécrétion de mucus y contribuent aussi, comme la tétanisation des muscles respiratoires, une simple faiblesse ou prostration. Les maladies et les altérations valvulaires en sont une contre-indication, comme la disposition apoplectique et l'athérome généralisé des artères.

Ses inconvénients sont de prolonger l'opération et le shock en résultant par le narcotisme de l'éther. Les alcooliques y succombent souvent. Les nausées et les vomissements prolongés y succèdent et sont très dangereux dans certaines opérations. L'intoxication et le délire consécutifs contrarient souvent le succès des fractures et des luxations. Elle est contre-indiquée dans l'extraction de la cataracte, la trachéotomie et la thoracentèse. Les meilleures conditions pour l'administrer sont : l'estomac vide, le cou libre, ainsi

que l'abdomen, point de corsets ni ceintures, enlèvement des dents artificielles, une position aisée; une éponge imbibée d'éther enveloppée d'un linge, une pince et un crochet pour la langue. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 22.)

Son *exclusion absolue* est pourtant formulée par le docteur Thomas, de Boston, dans les cas de maladies des reins. Elle supprime la sécrétion rénale, ce que le chloroforme ne fait pas. Ayant administré l'éther pour faire une incision exploratrice de l'abdomen tendant à vérifier le diagnostic présumé d'un cancer de la rate, chez un malade atteint de maladie de Bright, il n'eut qu'à fermer la plaie aussitôt. Mais pas une goutte d'urine ne fut rendue ensuite et le malade succomba à l'intoxication urémique. (*Amer. gynecol. Society*, septembre.)

*Ethérisation rectale.* Les chirurgiens danois ont assez souvent recours à ce procédé, et c'est à l'instigation de l'un d'eux, M. Axel Jversen, qu'elle a été essayée à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. D. Mollière. Trois jeunes sujets y ont été soumis et ont présenté la période de résolution. Mais trois personnes âgées, qu'il s'agissait d'opérer pour des tumeurs de la face, y sont restées réfractaires. Toutefois il a suffi de leur placer sous le nez la compresse roulée ou le bonnet à éthérisation pour les mettre en résolution immédiatement, soit une à deux minutes, sans aucune excitation. Dans ces conditions, on peut entretenir l'anesthésie aussi longtemps qu'il est nécessaire en continuant l'éthérisation rectale seule. Ce sont donc là des faits importants s'ils se confirment chez l'homme.

Un flacon avec bouchon à deux tubulures suffit au manuel opératoire. Un tube en caoutchouc étant adapté à l'une d'elles, l'embout en est introduit dans le rectum, préalablement vidé par un lavement. Un autre tube en verre ou en caoutchouc se fermant à volonté, est appliqué sur l'autre tubulure avec un manomètre marquant le degré de pression des vapeurs anesthésiantes, de manière à pouvoir la régler à volonté. Le flacon d'éther étant plongé dans un récipient d'eau à 40 ou 50 degrés centigrades, l'éther ne tarde pas à bouillir et se vaporiser en passant dans l'intestin. (*Lyon méd.*, mars.)

Ces essais sont le renouvellement de tentatives déjà

anciennes. Dès que l'éthérisation fut découverte, Magendie et Pirogoff l'essayèrent en lavements et les accidents en résultant la firent bientôt oublier. Les médecins danois qui l'employèrent plus tard n'en obtinrent pas de meilleurs résultats. Le docteur Wanscher seul trouva l'injection rectale si parfaite qu'il s'en servit chez 20 malades. La difficulté de son usage lui fit cependant préférer l'inhalation. Autrement, il n'en éprouva pas d'accidents mortels. Dans aucun cas, le météorisme ne fut considérable. Une ou deux selles molles, quelques heures après le réveil, s'observèrent ordinairement. Un seul malade eut de fréquents vomissements et de la diarrhée après avoir été endormi une heure. (*Hospital Tidende*, 28 mai.)

En reconnaissant les avantages de cette méthode par son emploi sur plusieurs opérés, M. Poncet a constaté aussi de graves inconvénients. Le plus redoutable est qu'on ne peut pas doser la quantité d'éther absorbé. Au moment où l'insensibilité survient, une partie de l'éther introduit est seulement absorbée et ce qui reste dans l'intestin peut l'être ensuite dans des proportions trop considérables, sans que l'on puisse rien pour l'arrêter. Une femme ainsi endormie resta pendant vingt minutes dans un état de mort apparente; malgré tous les moyens employés, l'absorption des vapeurs d'éther emmagasinées dans l'intestin continuait, et l'on ne pouvait rien contre cette source toujours renaissante d'intoxication.

Ce danger capital avait été prévu et signalé aux élèves de sa clinique par le professeur Folet, de Lille, avant de recourir à ce procédé. Employé sur cinq personnes, il s'est montré absolument insuffisant chez quatre, notamment chez deux alcooliques, malgré la vaporisation de 30 à 35 grammes d'éther et l'inhalation sur la compresse. Un enfant de neuf ans a pu en absorber jusqu'à 20 grammes sans anesthésie, ainsi qu'une paysanne de cinquante ans, n'ayant manifesté aucune ivresse éthérée après la vaporisation de 30 grammes et l'adjonction de la compresse. Une fille coxalgique de vingt-quatre ans en fut au contraire rapidement anesthésiée avec 10 grammes à deux reprises différentes.

C'est donc là un procédé essentiellement infidèle, ne pouvant être essayé que chez les personnes rebelles au chloro-

forme ou qui en éprouvent de graves inconvénients, comme cette dernière, car, malgré les fortes doses, il n'a donné lieu à aucun symptôme menaçant. (*Bull. méd. du Nord*, n° 8.)

Les expériences sur les animaux ont permis d'arriver à des conclusions analogues, à savoir que si l'anesthésie incomplète s'obtenait sans inconvénient, l'anesthésie complète pouvait s'accompagner d'accidents mortels. Toutefois nous devons ajouter que cette méthode a été employée d'une façon fort remarquable par un vétérinaire très distingué, M. Cagny (de Senlis), qui a constaté que, sur les chevaux, on pouvait obtenir très aisément une anesthésie suffisante pour pratiquer un bon nombre d'opérations. (*Lyon méd.*)

Des dangers sont pourtant à redouter. Le lapin adulte, arrivant en anesthésie complète par ce procédé en 6 à 10 minutes, peut aussi mourir rapidement avec le cœur en diastole, comme un exemple s'en est offert expérimentalement à l'École vétérinaire de Lyon. Au contraire, une chienne de 15 kilogrammes n'a pu être anesthésiée de cette manière, même avec une injection sous-cutanée de morphine préalable. (*Soc. de biol.*, 20 avril.)

**Anesthésie oculaire.** Cette importante découverte est toute récente, quoique les feuilles de la coca du Pérou, qui ont servi à sa réalisation, fussent depuis longtemps usitées en thérapeutique. Une macération alcoolique en était employée topiquement dès 1878 par des laryngologistes français sur la gorge et le nez pour en faciliter l'examen et les opérations, sans que l'on se préoccupât de ses propriétés anesthésiantes. M. Duquesnel, chimiste français, avait même réussi à en isoler trois alcaloïdes différents en juillet 1882, et c'est en en expérimentant l'action sur des animaux que des phénomènes d'anesthésie généralisée furent constatés à cette époque avec dilatation spéciale de la pupille. (*Tribune méd.*, 30 novembre, n° 850.)

Ces phénomènes importants ne furent malheureusement pas étudiés aussitôt avec une attention suffisante. On remit au lendemain pour les suivre et les élucider, lorsqu'en septembre vint d'Allemagne la nouvelle de la découverte d'un anesthésique local de l'œil avec la cocaïne. Elle

se répandit comme l'éclair et, malgré la rareté et la cherté du produit, les ophthalmologistes du monde entier se mirent immédiatement à l'œuvre pour en vérifier l'exactitude qui ne tarda pas à se confirmer de toutes parts.

C'est à Vienne, où l'on s'occupait activement depuis plusieurs années des propriétés anesthésiantes de la cocaïne, que cette découverte a eu lieu. Un praticien de la ville, le docteur Koller, par des expériences sur les animaux dans le laboratoire du professeur Stricker, en eut l'honneur, d'après cette idée qu'une substance qui paralysait les nerfs sensitifs terminaux de la muqueuse de la langue devait agir également sur la cornée et la conjonctive. L'instillation de quelques gouttes d'une solution de l'alcaloïde dans l'œil d'un cobaye, puis d'un chat et d'un chien, lui permirent aussitôt de s'assurer de la justesse de ses prévisions par l'insensibilité de l'œil de ces animaux. Il en fit d'abord part à la convention des oculistes allemands, réunie le 15 septembre à Heidelberg, pour s'assurer la priorité et communiqua le résultat de ses observations sur l'homme, faites dans la clinique du professeur Von Reuss, à la Société impériale des médecins de Vienne, le 17 octobre suivant. (*Lancet*, 6 décembre.)

*Hydrochlorate de cocaïne.* Une goutte d'une solution de 2 à 4 pour 100 d'eau, instillée dans le sac conjonctival, suffit, suivant le docteur Benson, à produire instantanément l'anesthésie transitoire de la cornée et de la conjonctive. Elle dure cinq à six minutes seulement et ne peut aider que dans cette mesure aux opérations pratiquées sur l'œil; encore est-elle imparfaite. Il en résulte une parésie de l'accommodation et une dilatation partielle de la pupille durant une demi-heure.

Des cataractes, l'iridectomie et d'autres petites opérations ont été ainsi pratiquées avec succès. En renouvelant l'instillation, on peut prolonger l'anesthésie. (*Ophthalm. Society*, 9 octobre.)

Une solution aqueuse à 2 0/0, instillée par gouttes dans l'œil, a été employée tout récemment par le docteur Noyes avec un succès complet dans 15 ou 16 opérations oculaires. (*Med. Record.*)

Cette *cocaïnization* est si rapide, d'après le docteur Brad-

ford, qu'après en avoir essayé l'action sur lui-même, il l'a employée aussitôt à l'Infirmerie des affections oculaires de Boston pour l'opération du strabisme, de la cataracte, l'iridectomie et les corps étrangers, pratiquées de la seconde à la septième minute après l'instillation. D'où l'avantage de cet anesthésique sur l'éthérisation dans une grande clinique, surtout par la possibilité d'employer la lumière artificielle sans danger ni inconvénient, de ne provoquer ni l'hypérémie de l'organe, ni la toux, ni les vomissements. Le bromure d'éthyle, préconisé à New-York par Chisolm, va aussi être détrôné du coup.

L'instillation d'une goutte, de minute en minute, d'une solution à 4 0/0 a donné les mêmes succès au docteur Williams par une anesthésie de la cornée en trois à cinq minutes, se prolongeant jusqu'à vingt environ dans deux opérations de cataracte, un rétrécissement du canal lacrymal et l'excision d'un pannus. (*Boston med. and surg. journ.*, 6 novembre, n° 19.)

Son action élective sur l'œil a été rendue évidente par l'expérience suivante du professeur Vulpian. Une solution aqueuse au centième de chlorhydrate de cocaïne est injectée simultanément dans les veines de deux chiens en présence, dont l'un est curarisé, l'autre ne l'étant pas. Il en résulte bientôt également chez tous deux une saillie notable des globes oculaires avec écartement des paupières, dilatation des pupilles et insensibilité absolue des deux cornées transparentes; un trouble des mouvements, ressemblant plutôt à une sorte d'ivresse spéciale qu'à un effet convulsif, se manifeste aussi avec diminution de la sensibilité des membres. Les sécrétions n'ont subi aucune modification apparente, si ce n'est l'abondance de la salive.

Renouvelées sur des grenouilles, ces expériences ont montré que cette action est aussi passagère que chez les chiens. (*Acad. des sciences*, 18 novembre.)

Une solution de 5 centigrammes pour 1 gramme de liquide employée par le professeur Panas en instillations par gouttes lui a donné des effets variables, suivant que l'œil était enflammé ou non. Sur l'œil cataracté par exemple, l'anesthésie des parties superficielles était parfaite. Le blépharostat était placé, la conjonctive saisie, la cornée incisée sans aucune douleur. L'iris seule manifesta de la sensibilité,

comme l'incision des muscles dans la strabotomie. L'anesthésie est moindre et souvent nulle au contraire dans l'œil enflammé. De là la divergence des résultats. (*Acad. de méd.*, 19 novembre.)

Après avoir instillé quelques gouttes d'une solution à 5 pour 100 dans les yeux de plusieurs des élèves de sa clinique, et s'être assuré ainsi que l'œil pouvait être touché sans douleur ni clignement, le docteur Abadie l'a employée sur deux enfants pour l'extraction de corps étrangers, sans qu'ils fissent le moindre mouvement, pas plus que les adultes. Des cataractes et d'autres opérations sont également pratiquées sans douleur, mais, quand il s'agit d'énucléer le globe oculaire, le malade pousse des cris si aigus quand on entame la sclérotique, qu'il faut administrer le chloroforme pour terminer l'opération. (*Bull. de thérap.*, novembre.)

Des injections au 10e ou au 20e, faites par le docteur Vacher, d'Orléans, ont rendu l'anesthésie plus profonde et durable que les instillations, en les pratiquant sur le trajet des nerfs sensitifs de la région, sans les exclure pour les opérations superficielles. Il a constaté aussi que l'inflammation locale nuit à l'anesthésie et que la dilatation pupillaire varie suivant les individus. (*Gaz. hebdom.*, n° 43.)

Par l'exquise sensibilité de l'œil, plusieurs de ses maladies en sont aussi combattues avec avantage, comme l'ulcère de la cornée, le blépharospasme, la photophobie, la kératite diffuse. Il suffira à l'avenir de quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne pour calmer la douleur et dilater la pupille. La cautérisation de la cornée aura lieu désormais sans douleur. (V. Cocaïne.)

**ANÉVRISMES.** L'extrême fréquence de ces tumeurs en Angleterre en fait le pays d'élection pour observer les cas les plus rares par leurs complications et leur issue singulière. L'exemple en est offert par deux anévrismes de l'aorte abdominale, observés récemment à Londres, sur deux hommes de quarante-cinq ans.

L'autopsie montra chez l'un l'estomac adhérent à la face inférieure du foie où se trouvait un abcès de la grosseur d'une orange qui s'était ouvert dans l'estomac contenant du pus jaunâtre inodore. L'artère hépatique gauche, con-

tenue dans la paroi de l'abcès, portait sur son trajet un anévrisme comme une grosse amande, rempli d'un caillot assez ferme; les parois, se moulant exactement sur la surface interne de l'abcès, en avaient amené la rupture dans l'estomac. (*Med. Times and Gaz.*)

A l'enlèvement de la masse intestinale dans le second, on découvrit une tumeur noirâtre, s'étendant au-dessus de la onzième et douzième vertèbre dorsale jusqu'au ligament de Poupart, en contact immédiat avec la vessie. Ouverte, celle-ci contenait un caillot sanguin qui la distendait, et en soulevant ce caillot, une ouverture fut constatée à la paroi postérieure gauche, en communication directe avec la tumeur qui était molle et friable en se brisant sous la pression du doigt. C'était un anévrisme du côté gauche de l'aorte abdominale dont le sac contenait des lamelles de fibrine organisée, formant deux à trois feuillets de différente épaisseur. C'est le cas unique d'un anévrisme s'ouvrant dans la vessie. (*Lancet*, 15 novembre.)

**Anévrisme diffus de l'aisselle.** *Tamponnement.* Une tumeur se développa rapidement dans l'aisselle d'un enfant de dix ans, maladif, et que l'on prenait habituellement sous les bras pour le transporter. Elle rougit et menaçait de s'abcéder. Rien ne confirmant l'anévrisme, MM. Houzel et Cazin crurent à un hématome, qu'ils ouvrirent. Un peu de pus fut bientôt suivi d'un énorme jet de sang artériel. La cavité fut aussitôt bourrée avec un débris de serviette imbibée de perchlorure de fer et maintenu par une bande. M. Tillaux, appelé en consultation, proposa la ligature du vaisseau et la nécessité de désarticuler l'épaule. La famille refusa et le malade fut jugé perdu. La fièvre s'alluma, le bras se refroidit, et la bande compressive fut enlevée le troisième jour par M. Houzel. Le cinquième jour, l'enfant se mit à manger et s'améliora, malgré la suppuration de la poche. Les tampons furent enlevés un à un, et le dernier, retiré le vingtième jour, montra une plaie bourgeonnante dont la cicatrisation se fit sans accident. (*Soc. de chir.*, 26 mars.)

Tout est d'un précieux enseignement dans ce fait, autant par la cause de cet anévrisme que par la difficulté du diagnostic et le mode de traitement simple qui en détermina la guérison.

**Anévrismes inguinaux.** *Ligature de l'iliaque externe.* C'est la méthode curative à employer de préférence après l'échec des moyens plus simples. 90 cas ainsi traités de 1865 à 1883, recueillis par M. Kirmisson, ont donné une mortalité de 22,61 pour 100, dont 5 décès sur 11 cas de ligatures pour hémorrhagies consécutives. La compression est donc préférable. Cette mortalité a diminué par l'emploi de la méthode antiseptique et n'a plus été que de 12,5 0/0 dans les dix dernières années.

Ces anévrismes se rencontrent surtout chez les hommes, sans préférence de côté, entre trente à quarante ans, le plus souvent à la suite d'un traumatisme. L'existence d'un bubon ou d'un abcès est fréquemment signalée. En dehors de ces causes locales, l'influence du rhumatisme et de la race a seule été observée. L'origine de la fémorale en est le siège le plus fréquent. La marche en est rapide et la guérison spontanée tout à fait exceptionnelle, et cependant la mortalité n'a été que de 18 pour 100 dans cette statistique. (*Soc. de chir.*, 22 mars.)

Le rapporteur, M. Berger, adopte la supériorité de cette ligature, en joignant à son actif un succès personnel après l'insuccès de la compression digitale et avec la bande d'Esmarch. Le procédé d'A. Cooper est le meilleur en suivant l'orifice interne. Il n'y a pas lieu de tracer d'avance l'artère à lier avec la teinture d'iode, indiquée par Farabeuf; l'incision de la peau en tient lieu. D'ailleurs, la méthode doit varier suivant que les opérés sont gras ou maigres. On opère souvent comme on peut, en ne s'acharnant pas trop à suivre un procédé (*Desprès*). L'incision classique ne pourrait découvrir l'anévrisme volumineux et rejeté en dehors. L'avis de tous les chirurgiens, selon M. Marchand, est que la tumeur oblige souvent à la modifier. (*Idem*, 11 juin.)

**Anévrismes cirsoïdes.** Une femme de soixante-quatre ans, ayant depuis cinq à six ans un anévrisme du médius droit qui envahissait l'indicateur et même la paume de la main, entrait à la Charité avec la mortification de l'extrémité du médius et des flexuosités de la cubitale. M. Desprès commença par réséquer 3 à 4 centimètres de cette artère au-dessus du poignet en la sectionnant entre deux ligatures. Il amputa ensuite le médius avec la tête du méta-

carpien correspondant. Le mal est depuis resté stationnaire.

Devant l'incertitude de la cause de ces anévrismes, on peut se demander si cette mutilation était bien nécessaire et surtout la résection artérielle au-dessous du mal. D'après les classiques, l'affection tend au contraire à gagner des extrémités des artères vers leurs racines. La marche de la maladie et les résultats thérapeutiques le montrent, d'après Décès. La plupart des chirurgiens l'ont confirmé à sa suite et M. Verneuil a vu plusieurs fois les grosses artères alimentant une tumeur cirsoïde du cuir chevelu, et qui atteignait parfois jusqu'au volume de la fémorale, cesser non seulement de s'accroître après sa destruction, mais reprendre même très vite leur calibre primitif. Une amputation de l'avant-bras, faite par M. Trélat pour un anévrisme cirsoïde de la main, bien que portant sur des vaisseaux flexueux et dilatés, guérit parfaitement et tout s'arrêta.

26 observations récentes, collectées par M. Polaillon pour décider la question du traitement, montrent que le plus efficace est celui qui s'adresse à la tumeur elle-même et non aux vaisseaux voisins. La ligature des vaisseaux afférents n'a jamais guéri l'anévrisme cirsoïde de la main. L'emploi de ce moyen dans 13 cas a donné seulement 2 guérisons et encore l'injection de perchlorure de fer avait été associée à la ligature. Le traitement par excellence est l'injection de six à sept gouttes de perchlorure de fer à 30° dans la tumeur elle-même et non dans le tissu péri-vasculaire; une compression exacte et méthodique circonscrivant le foyer morbide. Chez un enfant porteur d'un anévrisme cirsoïde d'un doigt, cette injection a amené une guérison qui persiste depuis dix ans sans aucune récidive. (*Soc. de chir.*, 9 et 30 avril.)

*Anévrisme cirsoïde du pied.* Il existait sur le dos du pied gauche chez un homme de vingt-neuf ans. Les battements ne pouvant être arrêtés par la compression de la tibiale antérieure et la bande d'Esmarch étant sans résultat, l'anévrisme fut disséqué avec ligature des sept vaisseaux qui l'alimentaient. Guérison. C'est un succès rare par la difficulté même de traiter cet anévrisme autrement. (*Royal med. and chir. Soc.*, 28 octobre.)

*De l'anévrisme cirsoïde de la tête*, thèse inaugurale qui a remporté le premier prix à la Faculté de Nancy, par le docteur Guillemin, ancien chef de la clinique chirurgicale, 158 pages in-8°, n° 177, Nancy, 1882-1883. Il s'agissait d'une fille de dix-sept ans atteinte d'un anévrisme d'une étendue considérable; les régions temporale, auriculaire, parotidienne, massétérine gauches sont le siège d'une tumeur qui se prolonge dans la profondeur des régions sous-maxillaire et carotidienne supérieure. L'affection est de date ancienne; dès la naissance existait au-devant de l'oreille une petite tumeur rougeâtre, du volume d'un pois, qui s'accrut peu à peu, puis devint le siège de battements. En 1880, époque de l'apparition des règles, la tumeur augmenta si rapidement que la malade en conçut des craintes et entra à l'hôpital. La tumeur, rouge violacé, de consistance molle et pâteuse, plus dure en quelques points, mesure verticalement 13 centimètres et 6 de largeur et présente des bosselures assez volumineuses et des paquets variqueux très apparents. Battements faciles à constater par l'inspection, mouvements d'expansion suivis de retraits isochrones aux pulsations cardiaques, thrill presque continu avec redoublement lors de l'expansion et souffle avec renforcement systolique : tels sont les caractères de la tumeur, qui s'affaisse légèrement par la compression de la carotide primitive, en même temps qu'on y constate l'arrêt des battements et la disparition du souffle. La compression de la veine jugulaire externe détermine une augmentation considérable dans le volume de la tumeur, qui s'affaisse brusquement dès que celle-ci cesse. M. Gross pratique avec succès la ligature de l'artère carotide primitive, comme une opération préventive, et a recours à l'électrolyse avec la pile de Stœhrer (16-20 éléments) pour modifier la production pathologique. Quatre mois après l'opération, la tumeur, pâle, affaissée, durcie dans sa totalité, ne présentait plus ni battements, ni souffle ; à peine persiste-t-il dans l'oreille un léger bruissement. Le succès a donc été aussi complet que possible, eu égard surtout à l'étendue de l'affection. L'analyse de 129 faits cliniques, colligés par l'auteur, lui a servi à exposer didactiquement la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et surtout le traitement de ces anévrismes. Un exposé historique fait

de cette thèse un travail complet qui a emporté tous les suffrages des juges. (*Revue méd. de l'Est*, n° 4.)

**Anévrismes pulmonaires.** Un nouvel exemple en a été constaté par le docteur Du Castel à l'autopsie d'un tuberculeux mort subitement d'hémoptysie foudroyante, malgré une amélioration marquée des phénomènes généraux et locaux. Il existait dans la paroi d'une vaste caverne tuberculeuse qui par ses progrès, en provoquant la rupture de cet anévrisme, détermina l'hémoptysie avec caillots cruoriques. (*Gaz. méd. des hôp.*, 28 mars.)

Ces anévrismes, découverts par Rasmussen (voy. *année* 1868), peuvent être prévus dans toute hémoptysie foudroyante, comme nous en avons vu un cas chez un maçon de quarante ans, considéré à peine comme malade. La multiplicité et le développement de ces anévrismes dans des cavernes toutes récentes ont été constatés par M. Percy-Kidd chez une femme tuberculeuse de trente ans, morte d'hémoptysie. De petites cavernes disséminées çà et là furent trouvées dans toute l'étendue du poumon droit. 32 anévrismes existaient sur l'artère pulmonaire; leur volume variait de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un petit pois et la rupture de l'un d'eux avait suffi à amener la mort. Leur multiplicité un peu moins grande existait dans 3 autres cas.

Sur 230 cas de phtisie, ces anévrismes ont été rencontrés 26 fois à l'autopsie, 17 fois avec rupture mortelle. L'ulcération du vaisseau l'a déterminée dans 2 et le mécanisme de l'hémorrhagie n'a pu être décelé dans 2 autres. (*Pathol. Society*, 20 mai.)

**ANGINES.** *Identité de l'angine herpétique avec le zona.* Affirmée par le docteur Ollivier, il y a treize ans, elle est confirmée par deux faits où cette angine coïncidait avec un zona de la région ophthalmique du trijumeau dans l'un et celle du sous-occipital dans l'autre. Mais coïncidence n'est pas identité; des faits multiples sont indispensables pour prouver celle-ci, d'autant plus que l'étiologie du refroidissement de l'angine ne se retrouve pas dans le zona. Tous les médecins sont d'accord sur la fréquence de la nature nerveuse de celui-ci. Il se manifeste même sous des influences

toxiques, traumatiques et infectieuses. Ces deux formes herpétiques paraissent donc distinctes. (*Congrès de Blois pour l'avancement des sciences.*)

*Epanchement consécutif du péricarde.* Deux exemples en sont relatés immédiatement après un accès d'*angor pectoris* intense, provoqué par une violente émotion. Un homme de soixante-cinq ans, assoupi sur un sofa, est éveillé par le flambage des rideaux de sa fenêtre et se précipite dessus pour éteindre l'incendie. Une demi-heure après, il est pris d'une crampe douloureuse agonisante au cœur qui l'empêche de parler. Battements irréguliers du cœur, pouls faible, petit. Des applications stimulantes mettent lentement fin à cet accès en rétablissant la circulation. Le lendemain, le docteur Hood constate un souffle péricardique doux auquel succède bientôt un frottement distinct et profond, puis tous les signes d'un épanchement du péricarde. Dix jours après, la résorption était complète; mais quinze jours ensuite un murmure systolique de la pointe existait avec insuffisance de la valvule mitrale qui, en se développant, détermina une syncope mortelle le quatrième mois.

Un boucher d'âge moyen fut pris, après une vive altercation, de si violentes douleurs précordiales, qu'elles furent diagnostiquées comme un accès d'*angor pectoris*. Une péricardite s'ensuivit bientôt avec épanchement et détermina la mort. (*Clinical Soc. de Londres*, 25 janvier.)

Le défaut de détails cliniques et l'absence d'autopsie ne permettent pas de juger la nature de ces faits, mais il est probable que des lésions cardiaques antérieures existaient qui, en déterminant de violentes crampes cardiaques sous l'influence de l'émotion, ont ensuite pris une marche rapide et mortelle. On n'est donc pas fondé à voir dans ces épanchements une conséquence de l'angine de poitrine.

**Angine neuro-arthritique.** Variété du nouveau groupe, formé par le docteur Huchard, des angines de poitrine bénignes, symptomatiques, fausses, dont on meurt très rarement, d'après lui, à l'opposé des vraies, par occlusion ou ischémie des artères coronaires, presque fatalement mortelles. En voulant faire de celles-ci une affection organique locale, contrairement à la tradition qui les rangeait en

masse parmi les affections essentiellement nerveuses ou par ischémie des branches terminales des nerfs vagues, comme l'ont précisé quelques médecins, l'auteur s'est trouvé en butte à des objections irréfutables. Ainsi des angines de poitrine mortelles ont été observées sans ischémie cardiaque et des ischémies cardiaques sans angine de poitrine (voy. *année* 1883). De là l'ordre nouveau des fausses angines, comprenant toutes les causes variées et multiples qui déterminent l'*angor pectoris*, en dehors de l'ischémie des coronaires, et l'angine tabagique. L'arthritisme chez les gens nerveux, dont voici un exemple, en montre bien le mécanisme par son action directe sur le cœur.

Une femme de vingt-six ans, offrant dans ses antécédents personnels et surtout héréditaires toute la série des manifestations arthritiques : affection cardiaque, lithiase biliaire et rénale, goutte, etc., entre à l'hôpital Bichat en 1884 pour des accès d'étouffement et d'oppression survenant pendant la nuit sans cause appréciable et remontant à 1881. En décembre 1883, les accès se multiplient et s'aggravent le soir et la nuit jusqu'à trois et quatre par semaine avec palpitations violentes, constriction thoracique, irradiation douloureuse et engourdissement dans le bras gauche, état lipothymique, refroidissement des extrémités et dyspnée très intense. Ce n'était cependant pas évidemment l'angine de poitrine vraie dont la douleur poignante derrière le sternum tue souvent l'homme le plus robuste dès le premier accès.

Aussi d'autres accidents nerveux s'ajoutent à ceux-ci. De nocturnes, les accès deviennent diurnes; une névralgie du phrénique se manifeste, un accès d'une heure et demie en résulte et, malgré tous ces symptômes effrayants, bruyants, tumultueux, la malade résiste et survit. D'où l'importance d'établir le diagnostic différentiel de ces fausses angines, dont celle-ci est un type, avec l'angine vraie, foudroyante et mortelle.

| ANGINE VRAIE | ANGINE NEURO-ARTHRITIQUE |
|---|---|
| Fréquente chez l'homme. | Fréquente chez la femme. |
| Périodicité rare. | Périodicité assez fréquente. |
| Accès provoqué par la marche, un effort, une émotion survenant le jour. | Accès spontanés nocturnes. |

| | |
|---|---|
| Douleur rétro-sternale. | Douleur au cœur, à la pointe ou un peu plus bas. |
| Début brusque et durée de quelques minutes. | Durée plus ou moins longue, précédée de refroidissement des membres surtout, syncope, frissons, faiblesse du pouls. |
| Crises de dyspnée isolées. | Polyspnée plus ou moins accusée. |
| Longs intervalles des accès ne se rapprochant qu'à la longue. | Fréquence des accès, variables en intensité et simulés par du tympanisme, de l'œsophagisme, des convulsions ou autres accidents nerveux analogues. |
| Mort presque constante. | Guérison à la longue. |

Sans être toujours aussi tranchées, ces différences sont assez marquées pour distinguer bientôt les pseudo-angines de l'angine vraie, quand celle-ci laisse le temps de la réflexion. L'aortite, qui en est le caractère le plus constant, peut exister chez des femmes hystériques atteintes d'angine fausse. Quand elle est généralisée et très marquée par la dilatation de l'aorte et l'augmentation de la matité en dehors du bord droit du sternum, l'élévation des battements de la sous-clavière droite et l'inégalité des deux pouls, c'est encore à la forme de l'accès angineux spontané ou provoqué qu'il faudra en reconnaître l'action. Les goutteux, en particulier, peuvent présenter cette lésion locale et n'avoir que des accès d'angine fausse, surtout ceux qui sont dyspeptiques et névropathes.

L'aortite n'est donc pas un signe absolu par lui-même de l'angine vraie, c'est-à-dire mortelle; mais elle en aggrave toujours le pronostic. Quand elle reste latente, inappréciable, il faut s'en tenir aux autres signes et traiter la forme neuro-arthritique par le salicylate de soude à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, pendant des mois. L'arsenic et l'aconitine sont aussi indiqués, conjointement avec le bromhydrate de quinine. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

**ANTISEPTIQUES.** Ils continuent à se multiplier et à s'annihiler, en se disputant leurs avantages et leur prééminence en chirurgie pour se substituer l'un à l'autre. Celui-ci n'est pas né, qu'il est remplacé, évincé par celui-là. Au sublimé corrosif on oppose le sulfate de cuivre en obstétrique (voy. Accouchements, Grossesse), et de l'emploi des poudres les plus actives, comme l'iodoforme, en pansement, on est passé successivement aux plus inertes. Celle de sucre est ainsi devenue actuellement l'objet de l'attention publique comme le *nec plus ultra* contre les brûlures. La vogue de l'acide phénique lui a fait chercher partout des succédanés depuis dix ans. Jaloux des lauriers de Lister, tout chirurgien en renom semble lui disputer sa gloire en voulant trouver un nouvel antiseptique. Chacun veut avoir le sien et les plus grands efforts ont surtout été tentés en Allemagne pour le détrôner, sans considérer que les soins minutieux et l'extrême propreté, mis par cet habile chirurgien dans ses opérations et ses pansements, jouent peut-être le principal rôle dans le secret de ses succès.

A voir la multiplicité des agents employés comme tels avec un modus spécial pour chacun d'eux, tout semble antiseptique, liquides et solides. Tous préviennent ou combattent à qui mieux mieux l'intrusion, dans les plaies ouvertes, de ces milliers de micro-organismes de toute sorte flottant dans l'air, et les accidents septiques, attribués à leur action toxique, sont ainsi conjurés, malgré leurs doses infinitésimales. Un 2000e de sublimé a empêché la putréfaction du placenta, durant dix-huit jours de rétention! N'est-ce pas inconcevable et merveilleux? (V. Grossesse extra-utérine.)

Au contraire, ces prétendus antiseptiques si merveilleusement actifs à dose homœopathique contre des agents invisibles, supposés malfaisants, sont-ils mis dans un creuset, en rapport direct, immédiat, à dose pondérable, avec l'un ou l'autre de ces microbes infectant l'organisme et le détruisant, qu'ils restent absolument sans action l'un sur l'autre. De nouvelles expérimentations du professeur Coze, de Nancy, avec le sublimé, l'eucalyptol, le benzoate et l'arséniate de soude, le thymol, la créosote de hêtre, etc., mélangés avec des tubercules ou des crachats contenant des bacilles, n'ont donné aucun résultat précis. Toutes les tentatives d'inoculation de ces mélanges à des animaux et

l'injection de ces antiseptiques au point inoculé, pour enrayer l'évolution de la tuberculose, sont restées nulles. (Voy. PHTISIE.)

C'est à n'y rien comprendre. Comment et pourquoi ces antiseptiques si puissants pour la destruction de ces germes ambiants, remplaçant les virus, les miasmes et les effluves d'autrefois dans la production des maladies, n'agiraient-ils plus l'un sur l'autre lorsqu'ils sont mis en contact évident, réel, effectif? Ce défaut d'action positive infirme toute action fictive, supposée. Il est donc plus rationnel d'admettre que les soins minutieux, infinis, apportés aujourd'hui contre la septicité et la suppuration des plaies, comme ces 216 injections de sublimé faites contre la putréfaction du placenta en 18 jours, suffisent à expliquer tous les bons effets que l'on en retire. Le reste n'est qu'hypothèse.

*Sublimé corrosif.* De tous les antiseptiques, le meilleur n'est plus celui qu'on pense, tant la valeur de ces agents est inconstante et éphémère. L'acide phénique perd tous les jours de ses prétendus avantages contre les microbes et la septicémie produite par eux. Celle-ci s'étant déclarée récemment après une ablation du sein cancéreux, avec excision des ganglions adjacents, faite par sir J. Lister aussi antiseptiquement que d'habitude, l'auteur semble prêt à répudier son enfant d'adoption en faveur du nouveau parvenu. Ne tenant pas compte de la pleurésie purulente qui s'est développée consécutivement, l'auteur du listérisme ne le croit plus assez sûrement antiseptique pour s'en servir. La gaze imprégnée d'eucalyptus, qu'il employait concurremment avec l'acide phénique dans ses pansements, est surtout accusée d'infidélité. L'évaporation facile du principe antiseptique qu'elle contient est le chef principal de l'accusation, et il suffit que le fabricant laisse un peu trop longtemps cette *protective* exposée à l'air pour perdre toutes ses propriétés antiseptiques. D'où l'insuccès du chirurgien et la mort de l'opérée. A quoi tiennent les destinées humaines!

Il s'agissait dès lors de remplacer ces antiseptiques volatils par d'autres qui ne le fussent pas. Et passant rapidement en revue l'acide salicylique et l'iodoforme à cet égard, d'après les expériences faites et les résultats obtenus, il les rejette

aussitôt comme infidèles contre les micro-organismes qu'il s'agit de détruire avant tout.

Restait le *sublimé corrosif*, dont la découverte du pouvoir antiseptique est attribuée au docteur Koch *par ses admirables et concluantes expériences*. Un fil de soie, trempé dans sa solution pendant une à cinq minutes, séché et coupé ensuite en fragments, lui sert à démontrer, en en plaçant un dans une solution de gélatine ensemencée du bacille charbonneux, qu'une partie de ce sel dans 20 000 d'eau suffit à détruire la vitalité de ses spores. Une partie seule, mise dans 300 000 d'extrait de viande, prévient le développement de celles-ci. L'action germicide de ce sel est donc incontestable. L'exemple des chirurgiens allemands, ayant employé dans une infinité de cas de grandes masses de la poudre absorbante de *wood-wool*, composée de sublimé et de glycérine à parties égales dans 99 pour 100 de bois de pin réduit en poudre fine, avec d'excellents résultats, démontre les effets antiseptiques de cet agent. Ce coton de bois au sublimé, d'après Bruno (de Tubingue), employé sur 557 opérés, n'a donné que 18 décès à la suite de maladies n'ayant rien de commun avec les plaies. (*Congrès des chirurg. allemands.*)

En présence de toutes ces preuves venant d'outre-Rhin, M. Lister se déclare convaincu et il ne lui restait plus qu'à faire l'épreuve du nouvel antiseptique. Il en prépare une gaze avec une solution concentrée à 1 pour 100 et l'emploie dans la même opération qui avait servi à le désillusionner sur l'infaillibilité de l'acide phénique pour tuer les microbes invisibles. Après une nouvelle amputation de la mamelle avec excision des ganglions axillaires, il recouvre immédiatement la plaie de soie huilée, trempée dans une solution de sublimé au 500e; puis sur celle-ci la gaze forte à 1 pour 100 avec un abondant pansement d'eucalyptus par-dessus. En levant ce pansement le lendemain, il vit la peau très irritée et recouverte de petites vésicules ainsi que la partie interne du bras. La gaze à 1 pour 100 remplaça dès lors la soie sur la plaie et le bras fut simplement pansé à l'acide phénique. Malgré l'aspect vasculaire de la plaie et son saignement hémorrhagique, elle guérit sans une seule goutte de pus. Il observa même ce fait remarquable, *qu'il n'avait jamais vu*, de l'épiderme cicatriciel se formant au-dessus des bords de la surface d'un caillot sec, sinon

d'une croûte, comme les griffes blanches d'un animal s'étendant sur un caillot noir. D'où la preuve qu'une compresse au sublimé rend la plaie parfaitement aseptique ; l'exsudation albumineuse de la plaie en se combinant avec le sublimé prévient son action irritante; ce qui en fait, dit l'auteur, une condition essentielle du pansement des ulcérations superficielles.

La conclusion est que la solution de sublimé à 1 : 500 d'eau agit comme un puissant irritant, malgré la soie huilée intermédiaire à 1 : 100; mais qu'en se combinant ensuite avec l'albumine du sérum ou du sang de la plaie, pour former un albuminate insoluble de mercure, il devient le plus parfait antiseptique. Cette conception nouvelle, appuyée sur des recherches chimiques et quelques expériences avec le sang et le sérum des animaux, confirmée ensuite par l'emploi du sublimé dans deux amputations, a déterminé l'habile chirurgien à l'adopter définitivement dans sa pratique, au lieu et place de l'acide phénique.

Tel est le résumé très succinct d'une longue *address* prononcée à la réouverture de la Société médicale de Londres le 20 octobre et dont l'étendue, dans ce style compendieux particulier à l'auteur, occupe dix colonnes du texte minuscule de la *Lancet*. Émanant de l'illustre inventeur de l'antisepsie, elle forme comme le manifeste et la promulgation officielle des propriétés de ce nouvel et meilleur agent. Tout ce qui avait été fait et dit du sublimé corrosif n'était que de l'empirisme relativement à ces élucidations scientifiques. En présence de ses avantages : le défaut d'odeur et de volatilité de ce sel, autant que sa réduction en albuminate insoluble par les liquides albumineux des plaies, il doit être adopté universellement dans les pansements à l'avenir. Ce n'est pas qu'il réalise le *nec plus ultra* du genre, car, par ses propriétés éminemment toxiques, cette solution antiseptique, si elle a l'avantage d'être à bon marché, fixe, inaltérable et sans odeur, est aussi incolore et sans saveur. En se trouvant dans la chambre des blessés en grande quantité, elle peut donner lieu à des méprises et causer de graves empoisonnements. Elle altère aussi les instruments non nickelés.

L'obstétrique en a été le principal champ d'application jusqu'ici. Il paraît aujourd'hui l'antiseptique indispensable

contre les accidents de la grossesse et de l'accouchement autant que contre les opérations gynécologiques. Ses risques sont pourtant des plus redoutables et, malgré la ténuité de ses doses antiseptiques, n'est-il pas à craindre qu'en se généralisant, son emploi n'amène des empoisonnements, comme des cas en ont déjà été relatés et dont voici un exemple :

Une opérée du vagin et du rectum, dont l'opération avait duré une heure et demie, fut lavée et pansée avec une solution au millième de sublimé. On en injecta même dans le rectum. Stomatite dès le sixième jour avec salivation. On la combat heureusement aussitôt en cessant le sublimé et les accidents s'évanouissent; mais n'est-ce pas là une preuve du danger de se servir *ad libitum* d'un si violent poison? (*Boston med. and surg. journ.*, n° 4.) Voy. ACCOUCHEMENTS.

Un homme opéré du genu valgum eut la jambe enveloppée de gaze au sublimé depuis la hanche jusqu'au pied, dit le docteur Reichel, de Breslau. Le neuvième jour, une sensation de brûlure et de prurit obligea d'enlever le pansement. Le membre était œdémateux et couvert d'un eczéma papulo-vésiculeux avec un érythème développé sur toute la surface du corps, excepté la face et le cou. La santé générale était satisfaisante sans salivation; température élevée. Un pansement salicylé remplaça le précédent et le même jour la température devint normale. Quatre jours après, le *rash* était disparu. (*Berlin. klin. Woch.*)

*Sulfure de carbone.* Par sa solubilité dans l'eau chaude, à raison de 5 centigrammes par litre, et encore mieux dans l'alcool, il est préconisé par Ckiandi-bey comme le meilleur antiseptique *intus* et *extra* et même en inhalations contre toutes les affections microbiennes. Son bas prix permet surtout de pouvoir l'employer partout et abondamment. M. Péligot a confirmé ses propriétés par des expériences. Sa solution aqueuse a une saveur brûlante et une odeur très prononcée de chloroforme. Il suffit d'y ajouter du sucre et de la levure de bière pour qu'aucune trace de fermentation ne se produise. D'après M. Pasteur, il peut devenir par ses propriétés antiseptiques l'agent le plus efficace, comme il est le moins coûteux. (*Acad. des. sc.*, septembre et octobre.) Voy. BOROGLYCÉRIDE.

**Antiseptiques de la bouche.** Voy. CHLORAL.

**ANUS IMPERFORÉ.** *Cloisons valvulaires.* Les cas de cette imperforation congénitale sont assez fréquents et embarrassants chez les nouveau-nés pour donner un intérêt pratique aux observations suivantes de M. Lannelongue. Il y a deux ans, on lui apportait un nouveau-né atteint d'imperforation anale. Il l'opéra et, ne sentant ni ampoule ni impulsion, il dut s'arrêter et fit l'ouverture du ventre. L'intestin ouvert, une sonde cannelée fut introduite dans son bout inférieur qui perfora d'abord une membrane, traversa un canal étroit, perfora une seconde membrane, et vint poindre à l'anus. Le cours des matières fut ainsi rétabli. Mais l'opéré ne reparut plus et l'issue de cette grave opération est restée incertaine.

En 1884, un nouveau-né microcéphale, aux cheveux épais et abondants, mais très vivace, présentait le même exemple. Une incision conduisit à deux centimètres et demi de l'anus sans rencontrer d'ampoule ni impulsion appréciable. Au lieu de profiter de son observation antérieure et d'essayer l'introduction d'une sonde cannelée de l'extérieur à l'intérieur, suivant le procédé proposé par Hermann de Friedberg, le chirurgien français s'arrêta encore et chercha de nouveau l'intestin par l'abdomen; la mort par péritonite en résulta.

L'autopsie montra une ampoule rectale et une ampoule intestinale, séparées par un cordon perforé constitué par l'intestin rétréci, comme l'examen de la muqueuse le prouva. Deux valvules très minces, d'un millimètre d'épaisseur à peine, fermaient ces ampoules et il suffisait d'appuyer dessus avec une sonde cannelée pour les perforer.

On peut donc essayer, en pareil cas, de perforer ces membranes de l'extérieur à l'intérieur pour établir le cours des matières et il suffirait ensuite de dilater l'intestin qui les sépare pour sauver l'enfant. Assurément ce procédé offre plus de chances de succès que d'ouvrir le ventre chez un nouveau-né. Mais M. Lannelongue critique cette pratique contre M. Trélat et n'admet pas que l'on arrive dans le ventre par l'anus. A l'avenir d'en décider. (*Soc. de chir.*, 27 février.)

Un nouveau-né mâle, sans anus, présentait une dé-

pression cutanée très marquée entre les tubérosités des ischions; ses organes génitaux étaient normaux et l'urèthre donnait passage aux matières fécales. Le docteur W. Craig tenta infructueusement d'ouvrir l'anus; mort au huitième jour.

L'autopsie expliqua l'insuccès de l'opération. Les deux portions supérieures du rectum étaient complètement développées, mais la troisième manquait. L'intestin contournait les parois postérieure et inférieure de la vessie, sans y pénétrer, et s'ouvrait au-devant de la prostate, dans la partie membraneuse de l'urèthre. C'est le premier exemple de cette malformation, car, en en reconnaissant la possibilité dans son *System of surgery*, Holmes dit n'en connaître aucun cas. (*Journ. d'anat. et phys.*, avril.)

*Ouverture dans la vessie.* Un garçon de deux jours fut apporté au docteur Rowan (de Melbourne) pour une imperforation de l'anus; le ventre était météorisé, tendu, mais aucune dépression n'indiquait la trace de l'anus. L'auteur incisa néanmoins au point de l'ouverture ordinaire et, après une dissection laborieuse jusqu'à deux pouces et demi de profondeur, il arriva sur le rectum, qu'il ouvrit; issue immédiate d'une grande quantité de méconium. La plaie fut pansée et, après deux ou trois jours, une bougie passée dans le trajet. Dix mois plus tard, l'enfant fut ramené dans des conditions plus misérables que la première fois. Depuis trois mois, on avait négligé de passer la bougie, et, un mois après, les matières s'écoulaient par l'urèthre. Depuis deux jours, le prépuce était tellement resserré que l'enfant n'avait pu uriner qu'avec de très grandes difficultés. Le trajet anal était oblitéré à un pouce de l'orifice externe et il existait un phimosis très étroit. L'auteur pratiqua la circoncision, rétablit et élargit le conduit rectal et peu après les fèces cessèrent de couler par l'urèthre pour reprendre leur voie naturelle. Il n'y eut jamais aucun accident de cystite ou d'uréthrite. (*Australian med. journ.*)

*Imperforation simple avec fistule périnéale.* Elle a été rencontrée par le docteur Ramonet sur un garçon de trois jours, sans anus apparent ni aucun signe d'étranglement interne. Il existait à la partie supéro-postérieure des bourses,

sur le raphé médian du scrotum, un petit orifice, d'où le méconium sortait à la pression. Un stylet introduit pénétra jusqu'au point anatomique de l'anus, sans saillie ni dépression du périnée parfaitement uniforme dans l'intervalle.

Il suffit de faire saillir le bec du stylet au fond du trajet fistuleux pour inciser dessus la peau de la ligne médiane et trouver un rectum normalement conformé. Le trajet fistuleux s'est oblitéré spontanément après cette ouverture. (*Archives de méd.*, 1883.)

**ATAXIE LOCOMOTRICE.** Plus qu'aucune autre affection du système nerveux, celle-ci attire l'attention des cliniciens. D'où l'extrême variation de ses symptômes et la multiplicité des nouveaux signes qui se distinguent chaque jour. Il n'y a pas lieu de s'en étonner. Ne suffit-il pas qu'un organe soit affaibli, malade ou prédisposé, pour qu'il en éprouve aussitôt le contre-coup par quelque manifestation spéciale? C'est la loi des *locus minoris resistentiæ*. Toutes ces complications si diverses et concomitantes de crises et d'accès n'ont probablement pas d'autre cause.

Au contraire, le docteur O. Berger a affirmé récemment devant une Société médicale du Schleswig, en se basant sur des faits cliniques, que le *tabes dorsalis* peut se terminer fatalement, sans avoir présenté aucun symptôme ataxique, par la localisation même de la lésion anatomique. C'est ainsi que la triade des douleurs fulgurantes, l'absence du réflexe rotulien et l'indication pupillaire suffisent à en établir le diagnostic. Les autres signes adventices ne servent qu'à le confirmer.

*Arthropathie tabétique.* L'origine de cette maladie de Charcot est toujours contestée en Angleterre. Les spécimens de trois exemples observés par M. Morand Baker chez trois ataxiques, deux hommes de quarante-six et cinquante-six ans et une femme de cinquante-quatre, ont été l'occasion d'une nouvelle discussion à ce sujet. Plusieurs l'attribuent à l'arthrite rhumatismale, mais la marche des deux maladies est cliniquement si différente pour le docteur Dyce Duckworth, qu'il ne peut s'associer à cette idée. Il suffit de rappeler qu'en peu de semaines une destruction telle existe dans cette arthropathie tabétique qu'on ne la trouve que

ingt ans après dans l'arthrite rhumatismale. La confusion n'est donc pas possible et une semblable erreur n'aurait pu être commise par son auteur.

En rappelant tous les caractères particuliers, fixés en France à cette maladie spéciale, le docteur Buzzard croit qu'en mesurant comparativement la gravité spécifique des os on aurait un caractère distinctif entre ces deux arthrites. Jamais il n'a constaté dans l'arthrite rhumatismale les symptômes du tabes, malgré le grand nombre qu'il en a vu. La maladie de Charcot contraste cliniquement de la manière la plus frappante avec cette arthrite. (*Clin. Soc.* et *Lancet*, 22 novembre.)

*Dangers du traumatisme.* S'il se joint le plus souvent à d'autres causes, dans l'étiologie de l'ataxie, comme la diathèse goutteuse ou rhumatismale, la syphilis surtout et l'hérédité, le traumatisme en paraît être parfois la plus déterminante, suivant le professeur Charcot. Un homme de cinquante-deux ans, ayant l'impaludisme et la syphilis dans ses antécédents, tombe d'un étage, et, quinze jours après la guérison, les douleurs fulgurantes paraissent, les troubles urinaires surviennent, incontinence et parésie alternatives, puis l'incoordination motrice, l'absence du réflexe rotulien, le myosis paralytique, des plaques d'anesthésie disséminées et enfin le pied plat ou tabétique. Le pied droit était plus épais et large que le gauche et la voûte plantaire presque effacée.

C'est là un signe d'une valeur particulière. Il n'y a ni empâtement, ni œdème, ni douleur en pareil cas. Le mal se développe absolument sans douleurs ni réaction inflammatoire, ni gêne, et il existe ainsi, à l'insu des malades, comme les arthropathies et les fractures, tout en ayant le système osseux pour substratum anatomique. Il consiste, d'après les autopsies, en un état poreux tout particulier des os du tarse, déterminant une usure des surfaces articulaires et des fractures. C'est là un écueil pour les chirurgiens qui, en constatant ces lésions osseuses, alors que d'autres symptômes de l'ataxie n'existent pas pour les éclairer, pourraient tenter d'y remédier par une opération.

Un homme de quarante-deux ans, héréditaire et que des malheurs plaçaient dans un état moral fâcheux, quoique

sans rien d'anormal jusqu'en 1882, ayant fait une chute qui porta sur les jambes et la nuque, éprouva, après la guérison de ses écorchures, des douleurs fulgurantes par accès durant quatre à cinq mois. Les membres supérieurs, le tronc et la tête se prirent ensuite avec chute de la paupière et diplopie; plus tard, un masque facial anesthésique, avec douleurs fulgurantes, des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie, des troubles vésicaux, des crises laryngées, empêchaient de méconnaître le tabes quoiqu'il n'y eût aucune incoordination. La perte simultanée de neuf dents en un mois sans aucune douleur, avec fragments osseux se détachant du maxillaire, en était la justification. (*Journ. de méd. et chir. pratiques,* octobre.)

*Diagnostic différentiel.* La congestion de la moitié postérieure de la moelle pouvant déterminer la plupart des symptômes de l'ataxie, celle-ci est curable dans ces cas, d'après le docteur G. Hammond. Il en a présenté un exemple dont la guérison se maintient depuis un an. C'est en pareil cas aussi que Schultz, d'Heidelberg, a obtenu le retour du réflexe rotulien, bien que, dans un troisième fait, celui-ci n'ait pas reparu, malgré une guérison complète des autres symptômes. Différents états de la moelle peuvent donc produire son absence. Le docteur Webber cite deux observations d'ataxie locomotrice où ce réflexe a été également rétabli. Dans un exemple avec autopsie de Desnos, il n'y avait que de la congestion, et une névrite multiple fut constatée par Déjerine dans un autre cas d'ataxie. Le docteur W. Hammond a aussi constaté la guérison en un mois d'un tabétique avec les plus extrêmes douleurs lancinantes et l'absence du réflexe rotulien. Un soupçon de syphilis ayant fait adopter le traitement spécifique, aucun soulagement n'en résulta, tandis que le nitrate d'argent avec la codéine amenèrent la guérison. Comment admettre une simple congestion et sa disparition par ce traitement?

D'où la conclusion que l'absence du réflexe rotulien n'est pas causée seulement par la sclérose des colonnes postérieures et que celle-ci peut exister sans ce symptôme; que la congestion suffit, sans que le diagnostic différentiel avec la sclérose puisse être fait sur le vivant. Mais, la sclérose ne pouvant disparaître, il est permis de juger, par la guérison

de l'ataxie, qu'il s'agit seulement de la congestion du début. (*Amer. neurol. Assoc.*, juin.)

*Origine périphérique.* Dans deux cas, le docteur Déjerine a observé des douleurs très vives, fugitives et permanentes, dont les premières ressemblaient, par leur spontanéité et leur disparition subite, aux douleurs fulgurantes de l'ataxie. Les autres étaient plus durables, et, en se localisant dans les membres, ressemblaient à la sciatique, sans suivre aucun trajet déterminé, et se faisaient sentir dans le tronc et le reste du corps, la face exceptée.

La sensibilité était si troublée qu'il y avait anesthésie, analgésie et retard des sensations à la fois. Le sens de la température était beaucoup plus affecté que d'ordinaire dans l'ataxie. La perte de la motilité était réelle et plus grande aussi que dans l'ataxie, quoique moins marquée. Incoordination extrême dans les quatre membres à la fois dans le second cas, les malades ne pouvaient reconnaître la position de leurs membres sans la vue. Absence du réflexe rotulien, sans paralysie des sphincters ni de l'iris, ni des muscles, malgré l'atrophie de ceux-ci dans un cas. Les progrès furent si rapides qu'en peu de mois l'ataxie était confirmée et cependant l'auteur ne trouva à l'autopsie aucun changement de la moelle spinale ni de ses racines nerveuses. La seule lésion était une névrite parenchymateuse qui affectait surtout les nerfs cutanés. (*Archiv. de physiol.*, page 231.)

*Migraine prémonitoire.* Ce n'est pas une récente découverte, car Duchenne a signalé il y a longtemps des douleurs névralgiques, analogues à l'hémicrânie, précédant le tabes. La nouveauté est qu'un auteur allemand, le docteur Oppenheim, de la Charité de Berlin, en confirmant ce fait, veuille bien reconnaître explicitement et sans réticence cette découverte antérieure d'un illustre Français. Sur 85 ataxiques, ce symptôme existait chez 12, dont 10 femmes sur 33; ce qui prouve, d'après lui, qu'il n'est pas une coïncidence accidentelle surtout chez la femme. Dès que les accès de migraine augmentent de fréquence, d'intensité et de durée, avant les signes initiaux du tabes, ils doivent mettre le médecin en garde, surtout si déjà des vomisse-

ments et des crises gastriques coïncident avec ces accès. Il faut aussitôt examiner le réflexe rotulien. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 38.)

La migraine est si commune chez la femme, surtout à propos de ses menstrues, que ce symptôme ne peut avoir une signification précise, même avec les vomissements si fréquents en pareil cas. Plus du tiers en souffrent assurément durant leur vie génitale et sa rareté chez l'homme, 2 cas sur 52 ataxiques, ne peut en faire un signe d'une grande valeur. Nous ne le signalons que pour mémoire de la justesse de l'observation clinique de notre sagace ami Duchenne et de l'hommage qui lui est rendu.

*Crises clitoridiennes.* L'excitation génésiaque qui se montre chez l'homme par ses excès de toutes sortes est partagée par la femme, d'après le professeur Pitres. A l'exemple observé en 1866 de sensations voluptueuses survenant spontanément en même temps que des douleurs fulgurantes, il en ajoute deux autres chez une femme de quarante-huit ans et une autre de trente-deux. Sans aucune provocation physique ni psychique, un chatouillement clitoridien se manifestait spontanément avec érection le jour comme la nuit, en augmentant d'intensité pendant quinze à vingt minutes, et se terminait par un spasme érotique complet avec abondante sécrétion vulvo-vaginale. En reparaissant de deux à cinq fois par mois, ces crises sont donc l'équivalent clinique des excès génitaux de l'homme en puissance d'ataxie. Tandis que la première n'en éprouvait aucune fatigue, la seconde en restait anéantie pendant plusieurs minutes. Dès que l'ataxie se confirma, ces crises disparurent. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

*Diarrhée nerveuse.* (Voy. *ce mot.*)

**ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.** Une distinction capitale et évidente marque le début de cette affection chez l'enfant et chez l'adulte : les muscles de la face sont toujours atteints primitivement dans l'enfance ; ceux des membres et du tronc ne se prennent que consécutivement, tandis que c'est le contraire chez l'adulte. Dans tout le reste de la symptomatologie, la similitude est complète

et la distinction clinique serait impossible en l'absence de cette amyotrophie faciale caractéristique de l'enfance.

L'absence d'autopsie chez l'enfant en a fait considérer l'origine et le siège dans l'atrophie lente des cellules des cornes antérieures de la moelle constatée chez l'adulte, suivant le type qu'en ont donné Duchenne et Aran. Un individu atteint ainsi dès l'enfance, ayant succombé à vingt-quatre ans de phtisie pulmonaire, MM. Landouzy et Déjerine ont pu corriger cette interprétation en s'assurant par l'autopsie qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il y avait atrophie de tous les muscles du corps, à l'exception de ceux de la langue, du pharynx, du larynx, de l'œil, du diaphragme, des intercostaux et des sous-scapulaires. L'examen microscopique à l'état frais des muscles malades montrait une atrophie simple des faisceaux primitifs, sans aucune altération des nerfs intra-musculaires, pas plus sur les muscles de la face que ceux des membres. La moelle épinière et le bulbe rachidien, après durcissement, n'offraient aucune altération et les cellules motrices en particulier étaient remarquablement saines.

D'où la conclusion que, malgré leur ressemblance, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance est une maladie différente de celle de l'adulte, puisqu'elle évolue sans aucune des altérations nerveuses rencontrées constamment dans celle-ci. Il faut donc les distinguer, malgré leurs analogies cliniques apparentes, en désignant celle de l'enfance sous le nom de *Myopathie atrophique progressive.* (*Acad. des sc.*, janvier.)

En s'appuyant sur un fait unique, cette conclusion n'est-elle pas anticipée? Les auteurs n'ont pas examiné le grand sympathique, trouvé en dégénérescence graisseuse, coïncidemment avec les altérations caractéristiques de la moelle, dans deux cas relatés par M. Jaccoud en 1864, d'accord avec Schneevoogt. (Voy. *année* 1865.) Deux exemples en sont également rapportés à l'appui en 1873 par le docteur Riva. Le défaut de cet examen est donc une cause d'erreur, comme de se baser sur cette unique autopsie. Chez un enfant mort d'atrophie musculaire ayant débuté par la langue, M. Puget constata à l'autopsie une dégénérescence évidente de la substance grise du renflement cervical de la moelle avec d'autres altérations nerveuses. (Voy. *année* 1866.) Le

cas négatif de MM. Landouzy et Déjerine est donc insuffisant pour établir cette séparation étiologique. Les Allemands ont longtemps soutenu, en se fondant sur les symptômes, que le système musculaire était primitivement atteint aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Si l'origine nerveuse des auteurs français a prévalu, il n'est pas moins établi qu'à l'autopsie d'un adulte, mort de cette affection à la clinique de Nancy, les lésions musculaires étaient évidentes et très marquées, tandis qu'il y avait absence d'altérations nerveuses, notamment d'atrophie des racines et des cornes antérieures. (Voy. *année* 1874.) La guérison par l'arsenic, obtenue chez un autre adulte et relatée en 1869, forme une objection semblable.

Ce simple coup d'œil rétrospectif montre que cette question étiologique n'est pas aussi simple qu'elle est présentée ici. Ce n'est pas avec l'anatomie histologique des organes et des tissus, à l'aide des réactifs, des durcissements et des colorations, dont la technique varie suivant les observateurs, que l'on parviendra à la résoudre.

**AUTO-INOCULATION TRAUMATIQUE.** Nouveau titre donné par le professeur Verneuil au fait accidentel de l'introduction dans l'organisme, par les plaies ou blessures, d'un virus ou agent infectieux latent, caché, sinon apparent et localisé chez les blessés ou opérés, déterminant à sa suite des symptômes généraux toujours graves et parfois mortels. L'excoriation d'une phlyctène, d'une vésicule d'herpès, un simple bouton devient ainsi la porte d'entrée d'un agent infectieux qui provoque des accidents généraux; à plus forte raison une incision et la division des vaisseaux donnant passage aux éléments infectieux dans la circulation.

Les effets de ces auto-inoculations n'ont rien de nouveau; ils sont connus depuis longtemps, comme l'historique en témoigne. L'érysipèle chirurgical, la péritonite puerpérale, la diphthérite traumatique, la tuberculose et une foule d'autres maladies en sont des exemples. Observées dans tous les temps et tous les lieux, elles étaient expliquées dans leur origine obscure d'après les doctrines régnantes. Celle des microbes qui nous régit actuellement, en donnant à cette origine une interprétation positive, a créé ce mot par

l'idée que l'on se fait de la présence constante d'un agent infectieux y présidant : bactéries, bacilles, micrococci, granulations, spores ou germes. Le microscope décelant presque toujours quelque chose dans les liquides et les tissus dans ces cas, et la culture de ces produits minuscules reproduisant des organites semblables dont l'inoculation artificielle détermine des effets sensibles, tangibles, allant parfois jusqu'à la mort, on en conclut la présence d'un agent virulent ou toxique dont la nature végétale ou animale reste indéterminée.

De là la naissance de ce mot marquant une nouvelle étape dans la voie du progrès. Il a produit une étude très intéressante de la pathogénie microbienne au point de vue chirurgical. Trois facteurs de l'auto-inoculation y sont décrits : les virus ou microbes, l'organisme et le trauma. D'où les effets positifs, tangibles en résultant, et c'est en les indiquant par les diverses maladies locales ou générales et les accidents de toute sorte qui en sont la conséquence que l'auteur offre un tableau clinique des plus frappants et convaincants. On y trouve surtout l'enseignement nécessaire pour se mettre à l'abri de ces auto-inoculations. (*Revue de chirurg.*, décembre 1883.)

Ce n'est pourtant pas dire que la preuve de ces auto-inoculations par des microbes soit faite. Une telle confusion existe à cet égard que ceux qui y regardent de plus près et avec la meilleure volonté, comme MM. Cornil et Babes, n'ont pu découvrir ce parasite minuscule.

*Ptomaïne atropique.* L'absorption de matières putrides développées dans l'intestin ne donne pas seulement lieu à des accidents qui ont été réunis sous le nom générique de septicémie. Des alcaloïdes spéciaux résultant de ces fermentations gastro-intestinales suivant les conditions où elles s'opèrent et les substances ou les matières sur lesquelles elles s'exercent, ils déterminent dans ce cas des symptômes morbides particuliers propres à leur nature, comme les poisons végétaux ou minéraux qu'ils représentent. Zuelzer et Sonneschein ont extrait de liquides putrides une ptomaïne donnant ainsi lieu à tous les effets de l'atropine et c'est en les observant de même que le professeur Lépine, de Lyon, les a rapportés à la présence de cet alcaloïde toxique.

Un homme de quarante-quatre ans, entré à l'hôpital pour une hernie gangréneuse étranglée de la région inguinale droite, fut opéré par M. Mollière. Un anus contre nature en résulta dont l'ouverture siégeait sur le colon ascendant au lieu de l'intestin grêle. Tout alla bien d'abord; mais, sans cause appréciable, le malade sans fièvre devint délirant tout à coup avec l'apparition d'une éruption scarlatineuse généralisée, pouls fréquent et dilatation des pupilles. Transféré dans la clinique médicale, le malade accusait une vive sécheresse de la gorge, sans aucune inflammation locale ni engorgement lymphatique des ganglions. D'où le diagnostic d'auto-intoxication par une ptomaïne toxique qui seule pouvait expliquer les symptômes observés, aussi bien qu'une conjonctivite intense apparue ensuite avec fièvre irrégulière. La mort par asthénie révéla un amas de matières putrides stagnantes dans le segment inférieur, d'une odeur *sui generis* extrêmement fétide, malgré les nombreux lavements administrés. Le gros tube rectal indiqué à OCCLUSION INTESTINALE serait applicable avec efficacité en pareil cas. (*Lyon méd.*, n° 29.)

Outre cette auto-inoculation, d'origine intestinale, le professeur Lépine, de Lyon, en admet une autre dans les maladies aiguës. La difficulté de démêler les symptômes de celle-ci au milieu du complexus morbide lui a fait rechercher le corps du délit dans les humeurs du malade, l'urine en particulier.

Avec le concours de M. Guérin (de Lyon), il a extrait de l'urine, au moyen de l'éther, des alcaloïdes, et il a constaté que leur quantité est augmentée, ainsi que l'avait vu M. Bouchard, et, de plus, que leurs effets sur les grenouilles sont différents suivant les cas. Ainsi, il semble que ceux qui sont retirés de l'urine des typhiques ralentissent le cœur et le mettent en diastole, ce que ne font pas ceux qui sont retirés de l'urine des pneumoniques.

L'extrait alcoolique de 100 centimètres cubes d'urine de fébricitants, débarrassée des sels de potasse, produit, s'il est injecté chez les cobayes, des accidents toxiques qui rappellent ceux de la muscarine. L'urine d'inanition et celle d'autres états non fébriles provoquent d'ailleurs des accidents du même genre, mais moins accentués. (*Congrès de Copenhague.*)

*Des poisons chimiques qui apparaissent dans les matières organiques en voie de décomposition et des maladies qu'ils peuvent provoquer.* Exposé complet, historique et bibliographique de tous les travaux, recherches et expériences, analyses exécutées sur ce sujet. Aux études de Gaspard en France, qui ont précédé toutes les autres, succèdent celle de la *sepsin*, qui eut un si grand succès passager en Allemagne et qui, bientôt obscurcie par les progrès de la doctrine parasitaire française, fut suivie de la découverte des ptomaïnes ou alcaloïdes végétaux en Italie, dont les conséquences se confondent encore avec la microbiatrie. Distinguer les effets de ces poisons chimiques de ceux des microbes organiques sur l'économie vivante est le principal mérite de ce travail. D'où la différence des maladies infectieuses avec les empoisonnements, rendue évidente par le docteur Netter en montrant ces divers poisons extraits des matières putrides et leur action sur les animaux; les maladies humaines résultant de leur introduction accidentelle, leur production dans l'organisme vivant et les conditions de leur toxicité. (*Archiv. de méd.*, juin, juillet et octobre.)

# B

**BLENNORRHAGIE.** Après avoir expérimenté le traitement par l'eau chaude et le sublimé corrosif sur un certain nombre de malades, le docteur Keyes conclut, en en donnant l résultat, que cette solution irrite la membrane muqueuse uréthrale plus qu'une plaie ouverte ; qu'un traitement abortif est encore à découvrir et que l'eau chaude ne suffit pas à la guérison. (*Journ. of cut. and ven. diseases*, mars.)

*Injections de sublimé.* Une thèse de M. Chameron, sur ce sujet, inspirée par le docteur Const. Paul qui a expérimenté ces injections au vingt-millième dans un grand nombre de cas, expose ainsi ce procédé. Les seringues en verre et caoutchouc doivent seules être employées comme étant sans action sur le sublimé. Trois séances sont faites par jour : le matin à 7 heures, à midi et avant le coucher,

avec trois injections dans chaque séance. Les deux premières coup sur coup sont destinées à balayer l'urèthre; la troisième seule doit être gardée une minute environ pour détruire les microbes spécialement visés par ces injections dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Van Swieten..... .... | 10 grammes. |
| Eau distillée ..... ..... | 190 grammes. |

Des blennorrhagies aiguës, subaiguës et chroniques, ont été guéries rapidement en grand nombre sans complication, malgré la profondeur des uréthrites avec cystite du col, prostatite. Il n'en résulte ordinairement pas de douleur, si ce n'est par action mécanique dans la période aiguë du mal. Aucun traitement préliminaire n'est alors indiqué.

Ce traitement doit être continué une dizaine de jours après la cessation de l'écoulement qui survenait d'ordinaire dès le deuxième ou le troisième; autrement la récidive est inévitable.

Afin de prévenir par ces injections la propagation du mal aux parties profondes de l'urèthre, le docteur Aubert préconise le moyen suivant : 10 à 12 centimètres d'un tube en caoutchouc, dont le calibre ne dépasse pas le numéro 10 ou 11 de la filière, étant graissés, on l'introduit dans le canal en fixant l'embouchure de la seringue en verre sur son extrémité libre. L'injection poussée ainsi dans l'urèthre ne touche pas la partie antérieure ; le liquide parvient directement au fond et l'impulsion qu'il reçoit le conduit jusqu'au sphincter uréthral, sans avoir baigné le méat. Le tube en caoutchouc ne remplissant qu'une partie du calibre du canal, le liquide revient d'arrière en avant en balayant toute la muqueuse pour sortir à l'extérieur, si l'on a la précaution de n'exercer aucune pression sur l'urèthre et de laisser son orifice libre. A cet effet, le liquide doit être poussé avec modération pour ne pas franchir le sphincter uréthral. (*Lyon méd.*, page 173.)

Un danger de ce procédé est que le tube n'abandonne le bec de la seringue et ne glisse dans l'urèthre. Il faudrait donc au moins fixer avec un fil le caoutchouc sur l'embouchure de la seringue.

*Guérison imprévue.* Le docteur Looten, consulté pour

une chaudepisse, prescrit au malade des capsules de santal et l'injection de Ricord : eau, 200 gr. ; sulfate de zinc, 1 gr. ; acétate de plomb, 2 gr. ; laudanum de Sydenham et teinture de cachou, ââ 4 gr. Quelques jours plus tard, le malade revient presque guéri en racontant avoir pris les capsules et toute la bouteille à la dose de quatre cuillerées à soupe par jour. Il se plaignait seulement du mauvais goût de ce liquide et d'un peu de constipation. Il n'avait du reste éprouvé aucun symptôme gênant. Il s'était formé du sulfate de plomb insoluble et de l'acétate de zinc soluble. Le sulfate étant prescrit parfois à l'intérieur avec avantage, on peut se rendre compte ainsi de l'innocuité de l'acétate. (*Soc. de méd. du Nord*, mai.)

*Orchite coïncidente.* La teinture d'anémone pulsatile a été employée avec succès à la dose de deux gouttes à prendre dans un peu d'eau toutes les deux heures. Le gonflement, la douleur à la pression, la douleur spontanée, l'état de tension du scrotum, tout avait disparu après la troisième dose. C'était merveilleux. Mais le malade, en reprenant ses occupations aussitôt, ayant éprouvé une récidive, l'autre testicule atteignit les mêmes proportions de gonflement que le premier. Deux gouttes de la teinture de la pharmacopée américaine furent de nouveau prises, en plaçant le testicule dans un bandage, alors que le malade continuait ses occupations. Comme la première fois, l'inflammation fut rapidement enrayée, la douleur disparut et la guérison était complète après deux jours de ce traitement (*Therap. gaz.*, juin.)

**BOROGLYCÉRIDE.** On désigne sous ce nom la combinaison de l'acide borique avec la glycérine qui se prépare en chauffant ensemble ces deux agents dans la proportion de leurs poids atomiques : 92 parties de glycérine et 62 d'acide borique. Sa couleur est ambrée, sa consistance vitreuse et friable, sa saveur acide et piquante. Elle exerce une action astringente sur les muqueuses et se dissout facilement dans la glycérine. Elle est aussi soluble dans l'eau froide ou chaude, dans la proportion de 4 pour 100.

C'est un agent antiseptique dont l'usage a été conseillé

par B. Squire en chirurgie. On l'emploie spécialement en solution de 10 à 50 0/0 en l'injectant dans l'oreille malade préalablement nettoyée avec du coton. Une solution à 50 0/0, mélangée de quantité égale d'alcool à 85, a été employée avec succès par Brandeis contre l'otite moyenne purulente avec granulations. En la fixant dans l'oreille au moyen d'une couche de collodion, elle a remplacé avec avantage le tympan artificiel dans trois cas de perforation.

La douleur qu'elle détermine dans les affections aiguës est atténuée par l'addition de la teinture d'aconit ou une solution d'atropine à deux pour cent. (*Archiv. of otology*, mars, et *Ann. des malad. de l'oreille,* septembre, n° 4.)

**BUBONS SUPPURÉS.** La fluctuation étant manifeste, le docteur O. Petersen pratique une large incision et vide, racle la cavité avec la curette. Le saignement étant arrêté, le fond est saupoudré d'iodoforme, puis vient le pansement compressif qui est le principe même de la méthode. Un tampon de charpie, de coton salicylé ou toute autre substance douce et molle, rendue antiseptique avec l'acide salicylique, remplit la cavité. Il est recouvert de compresses du même tissu sur lesquelles de nouveaux tampons sont graduellement superposés et couverts de toile ou d'étoupe s'étendant de plus en plus; une toile cirée ou du taffetas gommé fixé par une bande élastique recouvre le tout. Laissé en place de sept à dix jours, ce pansement n'est renouvelé que deux fois en moyenne, et la guérison est complète en vingt-trois jours, d'après une expérience de trois années par l'auteur, tandis qu'il ne l'obtenait auparavant qu'après deux mois et demi à trois mois. (*Centralbl. fur chirurg.*, 17 novembre 1883.)

Toujours la manie croissante des guérisseurs ignorants de préconiser un seul mode de traitement pour une affection aussi variable dans sa marche, son intensité et son développement que suivant l'âge et la constitution des malades!

*Inoculations frustes des bubons chancreux.* Avec les perfectionnements des procédés actuels d'expérimentation, tous les anciens résultats acquis doivent être considérés

comme caducs, d'après l'infirmation éclatante de la loi de Ricord sur l'inoculabilité constante du pus des bubons chancreux. 42 malades, porteurs de chancres mous et de bubons suppurés, non ouverts ni incisés, observés par le docteur Strauss à l'hôpital du Midi, ont servi à ces expériences. En aspirant le pus à l'abri de l'air avec toutes les précautions, il s'est assuré au microscope qu'il était privé de micro-organismes et restait stérile par la culture — contrairement à ce qu'il avait avancé — et l'auto-inoculation de ce pus est constamment restée fruste et sans aucun résultat, même en prenant le pus des 3e et 4e jours pour mieux répéter et vérifier les faits de Ricord. (*Soc. de biolog.*, 22 novembre.)

Quoique déjà signalé l'année dernière par le professeur Campana dans le *Giornale italiano* des maladies vénériennes et de la peau *(mars et avril)*, ce fait négatif n'est pas une contradiction des résultats obtenus par Ricord et confirmés par tant d'autres observateurs. Il fallait au moins répéter ces expériences dans les mêmes conditions et se rendre ainsi compte si l'élément inoculable se développait dans le pus au contact de l'air ou s'il était contaminé par celui du chancre. Rien n'est fait sans cette preuve.

# C

**CALCULS.** Leur volume est assez limité dans les conditions ordinaires; il ne s'accroît démesurément que par leur formation anormale. La plus lourde pierre citée dans les *Annales de la chirurgie* par le docteur A. Paterson (de Glasgow) se rencontra ainsi dans une fistule du périnée résultant d'une déchirure de cette partie avec rupture de l'urèthre. C'était en 1848, chez un garçon de dix-sept ans. Deux tentatives pour fermer cette fistule restèrent infructueuses et, dès 1852, cet homme était atteint de calculs. Vingt ans après, des douleurs existaient dans la vessie, et la fistule périnéale s'était tellement dilatée que le médecin, en introduisant son doigt, pénétra dans une large cavité où se trouvait la pierre. Le malade lui apprit même qu'à l'aide d'un ciseau, il en avait déjà détaché et extrait des frag-

ments pouvant peser une trentaine de grammes. Tandis que le médecin était allé chercher des pinces, la pierre franchit brusquement l'ouverture, pendant que le malade se promenait, et tomba sur le plancher, se brisant en deux. Elle pesait 335 grammes, soit 365 avec la quantité précédemment extraite. Sa grande circonférence était de 25 centimètres et la plus petite de 20. Un pansement phéniqué permit à cet homme de reprendre bientôt ses occupations. La fistule ne guérit pas, le rétrécissement de l'urèthre ne permettant le passage d'aucun instrument. Cet homme mourut d'une attaque d'apoplexie en décembre 1883. (*Glasgow med. journ.*)

*Récidive dans les vessies cloisonnées.* En 1883, le docteur Paquet, de Lille, pratiquait la taille latéralisée chez un enfant de huit ans et demi et retirait de la vessie deux calculs arrondis, unis ensemble par une portion intermédiaire plus étroite donnant à cette masse la forme d'une haltère. Guérison un mois après.

Six mois plus tard, l'opéré recommença à souffrir avec des urines chargées d'urates. A l'hôpital, un nouveau calcul est constaté et, le 23 avril 1884, M. Paquet pratique la taille hypogastrique avec une injection de 50 grammes, sans ballon rectal. Le calcul extrait avait la forme d'un pénis d'enfant à gland très allongé. C'est alors que le chirurgien, explorant la vessie, constata plusieurs loges séparées par des étranglements circulaires analogues à des sphincters. Un fragment détaché par l'exploration du premier calcul, qui en portait l'empreinte, put ainsi rester enchatonné et passer inaperçu malgré une recherche attentive. D'où l'avantage de la taille hypogastrique en pareil cas.

Guéri trois semaines après, l'enfant rendit deux mois plus tard par la plaie un petit calcul sous forme d'une rotule minuscule. Ayant éprouvé de la difficulté pour uriner, il fit des efforts et quelques gouttes d'urine s'échappèrent par la plaie. Trois jours après, le calcul sortit de cette ouverture. Elle s'est bientôt fermée par la cautérisation. Cette vessie est donc une véritable fabrique de calculs, ce que l'on doit rapporter à sa forme cloisonnée. (*Soc. de méd. du Nord,* juin et juillet.)

*Uréthrocèle calculeuse.* Une femme entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille se plaignant du bas-ventre. Elle présente à la partie médiane de la vulve, au-dessous du méat urinaire, entre les petites lèvres, une tumeur de la grosseur d'un œuf, arrondie, rougeâtre, paraissant située dans la cloison uréthro-vaginale, et recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin. Au toucher, cette tumeur est dure et paraît renfermer des corps étrangers que l'on sent frotter les uns contre les autres. Une sonde introduite dans le méat pénètre dans la vessie sans encombre; l'urine qui s'écoule est normale. Quand la sonde est introduite, sa concavité tourne vers le bas, son extrémité pénètre dans une poche et heurte un corps dur donnant tout à fait la sensation d'une pierre. D'où le diagnostic d'uréthrocèle.

**Calculs biliaires.** *Exploration de la vésicule.* Chez une femme de trente-six ans dont les symptômes douloureux se rapportaient à une obstruction du conduit biliaire; G. Harley l'endormit et enfonça un trocart français de six pouces de long entre l'ombilic et le rebord du foie, à un pouce et demi à droite de la ligne médiane du corps. Poussée dans la direction du conduit biliaire, la pointe ne rencontra pas d'obstacles résistants. Du liquide ascitique sortit par l'ouverture et le trocart put être promené dans toutes les directions. Retiré, il fut réintroduit un pouce au dessus, à deux pouces à droite de l'ombilic, et en le poussant dans la même direction, un corps dur fut rencontré à six pouces de profondeur. C'était un calcul biliaire dont le volume et la forme furent appréciés. Les signes d'obstruction disparurent rapidement ensuite, comme si le calcul avait changé de place. Mais des symptômes de péritonite amenèrent la mort le 27e jour. Treize calculs furent trouvés dans la vésicule biliaire à l'autopsie. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 13 mai.)

**Calculs de l'amygdale.** Un homme de soixante-douze ans se plaignait de mal de gorge depuis plusieurs mois. Un gonflement considérable de l'amygdale droite amena un vaste abcès qui s'ouvrit spontanément. Néanmoins, la tuméfaction persista avec œdème de la luette, le pilier antérieur étant projeté sur la langue. En portant le doigt

dans la gorge, le docteur Buckner perçut un corps dur dans l'amygdale, et, deux jours après, le malade retira de sa bouche un calcul pesant près de 2 grammes et de 5 centimètres de circonférence. Une cavité suppurante décelée par l'examen, au centre de l'amygdale, montra que le calcul en provenait. Cette cavité guérit rapidement et tous les accidents disparurent. (*Cincinnati lancet and clinic*, 1883.)

**CANCER.** Un hôpital destiné exclusivement au traitement spécial des cancéreux, comme à Londres, va être élevé à New-York. Une somme de 250,000 dollars, soit 1 250 000 francs, a déjà été recueillie à cet effet. L'augmentation de la fréquence du cancer est le motif de cette nouvelle création. La mortalité de 304 en 1869 s'élevait à 572 en 1879, doublant ainsi sa proportion sur toutes les autres causes de mort en dix ans. Les décès en provenant ont été de 659 en 1880, de 707 en 1881 et 731 en 1882, soit 6843 pendant les quatorze années précédentes. (*Maryland med. journ.*)

Le cancer n'étant ni contagieux, ni infectieux, on se demande l'utilité d'isoler ceux qui en sont atteints. La réponse est dans la manie anglo-américaine de tout spécialiser à l'excès. Il vient de se fonder ainsi à Londres le *Western hospital*, destiné exclusivement aux fistules, aux hémorrhoïdes et autres maladies du rectum. Il est vrai que souvent ce sont des dispensaires particuliers à quelques charlatans.

*Augmentation en Angleterre.* D'après la statistique générale des dix dernières années, on trouve, selon M. Jesset, 9,945 décès par cancer en 1872 et 13542 en 1881, soit une différence de 431 à 520 par million d'habitants. Cette proportion est plus considérable dans les pays marécageux, bas et humides. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 22 avril.)

*Hérédité.* Sur 132 cas de cancer en traitement à l'hôpital Middlesex en 1882, l'hérédité existait dans 8 familles sur 34 cas de cancer de l'utérus; dans 10 sur 41 cas de cancer du sein, et dans une seule sur 28 cas de cancer de la langue, la bouche et les lèvres. Sur 18 cas de cancers

divers, dont 10 du rectum, aucune trace d'hérédité ne put être précisée. La proportion de l'hérédité existant dans ces 19 familles est donc de 5 0/0 dans les 121 cas précédents.

**Cancer du sein.** Un signe particulier peut en déceler la nature histologique avant qu'on puisse la soupçonner cliniquement. Le squirrhe surtout, déjà à la période avancée de l'engorgement des ganglions de l'aine, détermine une légère augmentation de volume à l'extrémité supérieure de l'humérus correspondant que le médecin doit toujours rechercher avec soin, d'après le docteur H. Snow. Elle est douloureuse à la première pression, bien que la malade n'en ait pas conscience par les mouvements du membre et son fonctionnement. Tout en siégeant à la région des trochanters en général, ce signe s'étend parfois à tout le tiers supérieur de l'os où le médecin peut le constater par la comparaison avec l'autre côté.

La douleur s'irradie parfois le long du bras et même à la clavicule, lorsque ces symptômes sont marqués par l'œdème dur de tout le membre. En indiquant un cancer des os, ce signe peut ainsi servir à le diagnostiquer prématurément et en faire prévoir d'avance toute la gravité. (*Lancet.*)

*Pleurésie secondaire.* Les nombreux cas déjà observés de cette complication n'ont pu encore rallier les esprits sur sa véritable cause. Les uns y voient la propagation de l'inflammation, et comme preuve M. Duret invoque la fusée purulente sous-pectorale et la vascularisation intense de la plèvre pariétale correspondante. C'est la théorie de Broca appuyée aujourd'hui sur un assez grand nombre de faits.

Un épanchement purulent ayant été rencontré à l'autopsie dans deux cas de ce genre avec des lésions rénales, M. Berger l'attribua à un simple refroidissement pris à l'amphithéâtre dans le premier; tandis que le professeur Verneuil le rapporte à des causes beaucoup plus générales dans le second. Les deux femmes avaient été opérées également avec la méthode antiseptique, la première avec réunion immédiate, la seconde avec pansement ouvert. Et cependant, dans les deux cas, la température s'élève à 40° dès le premier soir chez la *malade de la* Charité, tandis qu'elle

est plus lente chez celle de la Pitié. Ce n'était pas une fièvre traumatique, mais une fièvre inflammatoire, symptomatique d'un phlegmon sous-pectoral chez la première et d'un adéno-phlegmon sous-claviculaire chez la deuxième. Ces faits, constatés à l'autopsie, n'ont pas révélé d'inflammation de la plaie dans l'un ni dans l'autre cas.

L'inflammation simultanée des deux plèvres dans le cas de M. Verneuil ne lui permet guère d'adopter l'étiologie du refroidissement, et il explique de cette manière, par le traumatisme, la pathogénie de ces pleurésies secondaires.

« Deux femmes sont atteintes simultanément d'un cancer mammaire et d'une néphropathie latente. Un trauma opératoire survient. Du foyer traumatique partent deux incitations : l'une, portant sur le tissu conjonctif de voisinage, l'enflamme; l'autre trouve son écho lointain dans les reins affectés. La maladie urinaire est aussitôt aggravée, en raison de cette tendance si fréquente du traumatisme à stimuler les propathies.

La dyscrasie qui en résulte favorise la diffusion de l'inflammation périthoracique, son passage rapide à la suppuration, et enfin sa propagation jusqu'à la plèvre voisine.

Cette membrane devient aussitôt le point taré, le *locus minoris resistentiæ*, sur lequel se fixe la tendance hydropisipare de la néphropathie.

Cette hydropisie, dans le cas de la Charité, prend sur le champ le caractère purulent, comme dans le tissu cellulaire de l'espace sous-pectoral; chez ma malade, elle reste séreuse et à peine purulente, mais envahit les deux plèvres à la fois, parce que le travail congestif qui lui sert d'introduction porte sur les deux poumons. » C'est donc là une troisième cause et l'on verra plus loin que d'autres sont encore invoquées. D'où la justesse de cette conclusion « qu'en réalité la pleurésie secondaire consécutive à l'ablation des tumeurs du sein peut se produire de différentes manières et succéder à diverses causes. Mais elle paraît en tout cas nécessiter l'association de plusieurs agents pathogènes. » (*Acad. de méd.*)

On rapporterait à tort ces épanchements à l'opération dans tous les cas. Le docteur Meusnier en a observé deux sans opération. Une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'un cancer en cuirasse très douloureux, avait ainsi des

crises de suffocation dues à un énorme épanchement pleural correspondant au cancer, sans qu'aucune production cancéreuse ait été rencontrée sur la plèvre à l'autopsie. Une autre femme de cinquante-cinq ans, opérée en 1881 d'un cancer du sein droit, ayant eu une récidive très douloureuse deux ans après, fut atteinte simultanément d'un vaste épanchement du même côté. Cette complication n'a pu être rapportée à un refroidissement dans ces deux exemples. Ils sont le résultat, d'après M. Demons qui en a observé plusieurs cas, de la propagation de l'inflammation produite par l'intoxication diathésique. (*Congrès de Blois*, août.)

*Septicémie consécutive.* Aux deux exemples de pleurésie purulente, sinon de pyohémie ci-dessus, s'ajoutent deux autres cas récents de septicémie, observés par deux chirurgiens dont l'habileté, les précautions antiseptiques et les soins ne sauraient faire doute pour personne. Le premier est celui de M. Lister qui l'a éclairé sur l'insuffisance des agents employés et qui a déterminé sa conversion en faveur du sublimé. (Voy. ANTISEPTIQUES.) M. Terrier a constaté le second chez une femme qui, par des circonstances particulières, n'avait pu être soumise à une antisepsie rigoureuse. Un érysipèle gangréneux s'ensuivit et détermina la mort. (*Soc. de chirurg.*, 2 avril.) De la différence même des causes invoquées pour expliquer cet accident si rare aujourd'hui, il est bien permis de conclure que la véritable est encore ignorée.

**Cancer eczémateux du sein.** Cette *maladie de Paget* n'a cessé de fixer l'attention en Angleterre, depuis que le célèbre chirurgien l'a signalée pour la première fois dans les *Reports* de l'hôpital Saint-Barthélemy en 1874. (Voy. TUMEURS, 1875.) Deux discussions académiques s'en sont suivies, sans que la question ait pu être élucidée même en présence des faits. (Voy. *années* 1877, 1879.) Emanant d'une autorité aussi considérable, cette remarque clinique ne pouvait passer sans solution. Tandis que les uns révoquent en doute cette forme eczémateuse, d'après les centaines de cancers du sein observés sans cette complication, d'autres en faisaient deux maladies coïncidentes distinctes. Le cancer eczémateux de Bazin était contredit en France par la plupart

des dermatologistes qui, avec M. Hardy, font de l'eczéma du mamelon une affection distincte et spéciale. Voici la solution donnée par les recherches récentes consignées dans le *Glasgow med. journal.*

Comme Paget, Anderson (de Glasgow) admet qu'un eczéma particulier du mamelon marque parfois le début du cancer de la glande par l'irritation des canaux galactophores en résultant. Mais cet eczéma n'est pas le même que celui des femmes jeunes, nourrices ou galeuses, dont la surface ponctuée n'est ni rouge ni granuleuse, sans induration ni saillie des bords et qui disparaît par le traitement ordinaire. Le docteur A. Napier a ainsi observé une femme atteinte depuis deux ans et demi d'un eczéma classique du mamelon et d'une partie de l'aréole du sein droit; deux mois de traitement suffirent à une guérison complète.

Mais il a vu aussi une éruption spéciale du sein être suivie du cancer, de même que l'épithélioma de la face est précédé de l'hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme, puis formation de croûtes qui tombent et se reproduisent jusqu'à être remplacées par une ulcération. L'eczéma joue le rôle de ces croûtes épidermiques, sans que leur durée soit d'aucune valeur diagnostique. On les a vues durer de quinze jours à six ans avant l'apparition du cancer sous-jacent. Sa marche est pourtant essentiellement chronique, d'après le professeur Duhring (de Philadelphie). Dans les deux cas observés par lui, la nature maligne n'a été soupçonnée qu'après cinq ans dans le premier et dix ans dans l'autre. Aussi en fait-il une maladie distincte de l'eczéma. (*Americ. journ. of med. sciences*, 1883.)

Malgré la variabilité de ces signes extérieurs, tous les auteurs précédents s'accordent à reconnaître une certaine valeur diagnostique aux caractères suivants, surtout chez les femmes ayant passé la ménopause. Surface rouge, d'un aspect brillant, nettement délimitée, mieux circonscrite que celle de l'eczéma avec bords surélevés. La démangeaison, si marquée dans l'eczéma, fut insignifiante durant les premières années dans les deux observations du professeur Duhring; il n'y eut ni la suppuration, ni les vésicules ni les pustules de celui-ci, ni les alternatives de mieux et de pire qui s'y observent. Ces différences sont donc capitales. Gra-

nuleuse sous les croûtes épidermiques, cette surface est infiltrée avec induration ou avec une certaine dureté superficielle, donnant la sensation d'un sou placé sur un plan élastique et senti à travers un morceau de drap. Les bords saillants, taillés à pic, doivent toujours faire prévoir une tumeur maligne, surtout devant la résistance du mal au traitement ordinaire de l'eczéma. Les douleurs surviennent tardivement et leur apparition avec des nodules indurés de la glande, en annonçant la nature maligne, doit aussitôt faire recourir à l'extirpation du mal.

Contre cet eczéma cancéreux, rebelle au traitement ordinaire, on a employé au début avec succès les lavages fréquents et continués longtemps avec une solution de soude au 40e ou 100e, suivant les cas, institués par le professeur Busch (de Bonn) contre l'épithélioma de la face. (*Revue de chir.*, février.)

*Caustique arsenical.* Emprunté à la pratique de M. Laboulbène, il est composé ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Acide arsénieux | 2 | grammes. |
| Sulfate de mercure | 6 | — |
| Éponge calcinée | 12 | — |

Délayer dans l'eau jusqu'à consistance d'une pâte demi-molle. « Après que la surface de la tumeur a été avivée avec un peu d'ammoniaque, appliquer un petit gâteau de la pâte indiquée, dit M. Garès. Ce gâteau peut varier, suivant les dimensions de la tumeur, d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 fr. On le recouvre d'un morceau d'amadou, maintenu au moyen d'une bande de diachylon. Habituellement, le malade se plaint le lendemain de quelques douleurs sourdes, mais qui ne vont pas jusqu'à troubler son sommeil. Les jours suivants, la douleur augmente et la sérosité s'accumule et se dessèche autour de l'amadou. On constate bientôt le décollement de la tumeur, qui s'opère de la périphérie au centre. Après un temps variant de quatre à six semaines, rarement plus, la tumeur se détache et tombe, en laissant une plaie vermeille qui entre vite en voie de cicatrisation. L'avantage de cette pâte est considérable, car son action est véritablement élective. On pourrait même dire qu'elle est la pierre de touche de l'épithélioma

des téguments, dont elle poursuit les ramifications d'une manière remarquable. » (*Progrès médical.*)

**Cancer de l'utérus.** *Diagnostic différentiel.* Aux diverses ulcérations du col pouvant se confondre avec le cancer : épithélioma, lupus, ulcère tuberculeux, le docteur J. Williams ajoute l'ulcère corrodant, *corroding ulcer*, dont il a observé trois exemples. Il débute sur le col et s'étend au vagin en envahissant ses parois d'une manière symétrique. Ses progrès sont lents et deux des malades ont succombé à des maladies intercurrentes. La troisième, en observation depuis dix ans, vit encore sans être précisément maigre. Les douleurs et l'écoulement diffèrent de ceux du cancer et les bords de l'ulcère ne sont ni durs ni épais. Leur apparence est celle du lupus chez la malade survivante.

Dans le premier cas, les progrès de cet ulcère se firent par des tubercules rougeâtres qui s'ulcérèrent et, dans le second, par une ulcération lente, sans autre changement qu'un peu de rougeur de la muqueuse. Les bords en paraissaient parfaitement sains et l'examen microscopique du fond et des bords, fait avec soin, n'a démontré qu'un tissu granuleux. Il semblait être le résultat d'une gangrène lente produite par l'athérome des artères iliaques et de leurs branches. Le défaut d'autopsie n'a pu révéler si cette altération artérielle se montrait ailleurs, ce qui permettrait de séparer cette ulcération du cancer et des cancroïdes. La discussion qui s'en est suivie n'a malheureusement pas éclairci ce fait, en assimilant la plupart des cas observés au lupus et à l'épithélioma. C'est donc un sujet à l'étude. (*Obstetric. Soc.*, 15 mars.)

Toutes les amputées du col, dit M. Desprès, ayant survécu quatre ans n'étaient pas cancéreuses. L'examen histologique n'est pas une garantie suffisante, il induit en erreur, des proliférations glandulaires par inflammation chronique pouvant faire croire à un épithélioma qui n'existe pas. M. Lucas Championnière a en effet entendu soutenir l'épithélioma par des micrographes de profession dans ces proliférations épithéliales des glandes du col. Quant au diagnostic clinique, les erreurs sont très fréquentes de la part des chirurgiens les plus éminents. Il faut donc admettre

que les cas de survie extraordinaire sont le plus souvent des erreurs de diagnostic. (*Soc. de chir.*, juillet.)

*Anurie.* Produite par la compression des uretères, signalée l'année dernière; elle est le meilleur signe de cet effet mécanique du cancer. Une femme de cinquante-trois ans en offrit l'exemple au docteur Minot à l'hôpital général du Massachusetts au commencement de 1884. C'était une veuve restée stérile. Depuis trois ans seulement, un écoulement sanguin s'était montré avec leucorrhée, prurit, mictions fréquentes et constipation. Entrée le 13 février, elle rend le lendemain seize onces d'urine sans trace d'albumine. Mais le 15, elle n'urine pas et une once est seulement retirée par le cathétérisme; elle resta ainsi sans uriner les six derniers jours de son existence, excepté quelques grammes en allant à la selle le 18. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait et son expiration avait une odeur urineuse. 6 à 7 grammes d'urée furent trouvés dans 912 centim. cubes de vomissements des derniers jours.

L'autopsie montra que l'utérus remplissant le bassin adhérait partout aux parties contiguës, vessie et rectum. La vessie contenait 15 grammes d'urine trouble avec une ulcération de trois quarts de pouce de diamètre sur sa paroi postérieure. L'uretère gauche, dilaté et tortueux, était oblitéré à un pouce et demi au-dessus de son embouchure. Le droit était aussi dilaté avec une ouverture vésicale pouvant recevoir une épingle; mais le rein droit, de moitié moins gros que le gauche, était d'un blanc grisâtre et manifestement altéré.

Le fait curieux ici est d'avoir pu diagnostiquer une tumeur du bassin par l'examen seul de l'urine et avant tout autre. (*Boston Society*, 25 février.)

*Traitement.* Les déplorables résultats de son extirpation par le vagin, malgré une grande habileté opératoire, relatés à l'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, en montrant l'inanité des prétendus succès annoncés d'Allemagne et d'ailleurs par cette méthode, sont de nature à remettre en crédit les procédés palliatifs mis en usage par la plupart des chirurgiens français. L'opération radicale ne donne pas d'avantages compensant ses dangers : 1 mort sur 3 par le

vagin et encore plus par l'abdomen avec un nombre considérable de récidives. On ne doit donc la pratiquer que très exceptionnellement, au début, quand le col seul est pris, d'après M. J. Bœckel, et encore les paramètres doivent-ils être sains et l'abaissement de l'organe facile, sans que l'état des ganglions profonds puisse entraîner une récidive rapide. M. Terrier a été ainsi arrêté par les difficultés opératoires, le décollement de la vessie en avant et l'abaissement incomplet de la matrice. Il a préféré enlever le col seulement au thermocautère le 9 avril dernier et, dès la fin de juin, il y avait apparence de récidive. Cette même impossibilité absolue d'abaisser suffisamment l'utérus a empêché M. Bouilly de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Des recherches sur dix cadavres de femmes lui ont montré la même difficulté dans l'état sain.

L'hystérectomie totale est même inutile, dès que le corps utérin ni les ganglions ne sont pas envahis, car l'ablation du col suffit, comme dans l'épithélioma des lèvres, à amener une guérison complète. Une opérée depuis trois à quatre ans et une autre depuis un an, âgée de soixante-douze ans, sont encore sans récidive, quoique l'examen microscopique des pièces par M. Cornil ait justifié le diagnostic. Un cas semblable a été observé par M. Terrier. La survie de deux à trois ans, accordée à l'ablation entière, n'est pas compensée par les deux tiers de décès opératoires et les craintes d'activer l'auto-inoculation, sans compter les accidents opératoires et la récidive fatale, car M. Terrier met en doute qu'elle ait donné une seule guérison définitive contre un cancer bien confirmé.

Sans la rejeter en principe, M. Verneuil ne trouve l'extirpation totale indiquée que contre l'adénome ou épithélioma glandulaire, atteignant surtout les jeunes femmes. Il remonte dans le corps de l'utérus et son évolution lente, l'engorgement tardif des ganglions sont des garanties de succès. Que l'histologie rentre dans la voie clinique et, en précisant les caractères et en aidant à son diagnostic, elle permettra d'opérer cette forme avec succès.

Autrement, les ablations partielles suffisent, car, dès que les culs-de-sac sont pris, le traitement curatif donne des résultats déplorables. Il faut donc savoir se borner. 20 fois M. Verneuil a amputé le col : 3 fois pour allongement et

métrite scléreuse avec guérison définitive ; 17 fois pour épithélioma limité. Une seule mort rapide en est résultée par l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Les 16 guérisons ont donné une survie moyenne de dix-neuf mois, le minimum étant de six mois et le maximum de sept ans, sauf deux opérées perdues de vue trois ans après.

Trois indications ont dirigé cette opération : enlever totalement les lésions ou ne les enlever qu'en partie pour mettre fin aux hémorrhagies, aux pertes causées par l'ulcération. Contre les gros fongus, le curage ne lui a donné que huit mois de survie. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

C'est là pour le professeur Trélat les opérations qu'il appelle par pansement. Le diagnostic est si rarement possible au début, soit par sa difficulté ou par le retard des malades, qu'il n'est guère possible de procéder autrement.

MM. Gallard, Labbé, Marchand sont du même avis pour adopter l'opération palliative de préférence à l'extirpation totale, en choisissant le serre-nœud, le thermo-cautère ou l'anse galvanique plutôt que le bistouri. Une malade opérée en 1872 va encore bien et une autre, opérée il y a trois ans, continue à jouir d'une bonne santé. L'opération est donc bonne, en supprimant les hémorrhagies et les écoulements fétides, en dépassant le mal du premier coup ou en le poursuivant ensuite avec des flèches caustiques. On pratique bien la colotomie lombaire ou inguinale contre le cancer du rectum avec douleurs aiguës sans aucun espoir de guérison, pourquoi ne ferait-on pas aussi rationnellement ces opérations palliatives contre celui de la matrice? (*Soc. de chir.*, juin, juillet.)

*Suture de l'utérus.* Dans les cas inopérables en entier, le docteur Von Rabenau conseille d'enlever avec la curette ou une cuillère tranchante tout ce qui peut l'être du néoplasme, en employant même au besoin le couteau ou les ciseaux. Après la cautérisation avec le chlorure de zinc pour arrêter l'hémorrhagie et favoriser la cicatrisation, le docteur A. Martin, ayant perdu deux de ses opérées par hémorrhagie, employa ensuite la suture de la plaie utérine. Sur 12 opérées de cette façon, 9 ont présenté, quatorze jours après, une réunion à peu près satisfaisante. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1883.)

*Pansement iodoformé.* Une désinfection complète s'obtient, suivant M. Gillette, avec le mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Iodoforme | 18 | gr. |
| Sulfate de quinine | 3 | — |
| Charbon pulvérisé | 15 | — |
| Essence de menthe | 40 | goutt. |

Au lieu de s'en servir avec les excipients liquides ordinaires, il est préférable, afin d'en éviter la diffusion sur les parois vaginales saines, de l'employer sec sur un tampon de coton. Après en avoir renfermé une certaine quantité à l'intérieur, on en saupoudre l'extérieur qui doit être mis en contact avec l'ulcération. Il est toujours préférable de se servir du spéculum à cet effet.

Aucun nettoyage de la plaie ne doit être fait avant l'application du tampon pour en obtenir une action efficace complète. L'iodoforme suffit à déterger l'ulcération. D'où l'urgence de le mettre en contact immédiat et de laisser ce pansement en place au moins quatre jours sans y toucher. (*Thèse inaugurale* du docteur Castré; Paris, juillet 1883.)

Une statistique de 136 cas d'excision du cancer du col utérin avec le galvano-cautère, dans la première clinique gynécologique de Vienne par le docteur Pawlik, les premiers cas remontant à 1861, donne les résultats suivants :

10 morts à l'hôpital, dont une récidive quatre mois après l'opération.
16 sorties de l'hôpital non guéries.
22 opérées perdues de vue, dont 2 en bonne santé après deux ans.
31 mortes hors de l'hôpital, dont 16 de récidive, une trois ans après l'opération.
22 récidives, dont 2 six ans et dix-huit mois après l'opération.
2 mortes en couche sans récidive; l'une sept ans et demi et l'autre un an après.
33 survivantes en bonne santé, dont l'opération remonte

| | | | |
|---|---|---|---|
| à 21 ans | 1 | à 4 ans | 2 |
| à 12 — | 2 | à 3 — | 5 |
| à 8 — | 3 | à 2 — | 7 |
| à 7 — | 3 | à 1 — | 7 |
| à 5 — | 3 | | |

Le diagnostic de cancer, vérifié par le microscope, a été précisé chez 1 femme qui a survécu 21 ans et chez les suivantes :

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 femmes ayant survécu. | | | | 12 | 18 femmes ayant survécu. | | | | 3 |
| 5 | — | — | — | 10 | 19 | — | — | — | 4 |
| 6 | — | — | — | 8 | 29 | — | — | — | 2 |
| 12 | — | — | — | 6 | 33 | — | — | — | 1 |

Quant aux complications, le péritoine a été ouvert 33 fois en arrière et une fois en arrière et en avant; 4 opérées sont mortes, 2 d'anémie et 2 de péritonite. L'hémorrhagie immédiate s'est montrée 6 fois, et 15 consécutivement du huitième au dix-septième jour de l'opération; 3 fistules vésico-vaginales en sont résultées. (*Lancet*, 2 août.)

**Cancer du rein.** *Néphrectomie.* L'excision du rein, devenue à la mode..... à l'étranger, n'a sans doute pas d'application plus grave ni moins chanceuse que contre le cancer de cet organe. La difficulté du diagnostic, à défaut même de signe précis et hâtif, la longue durée du mal et sa propagation probable lorsqu'il s'agit de l'enlever, rendent cette opération d'autant plus redoutable.

Le cancer, quelle qu'en soit la forme, en est une contre-indication formelle d'après Kocher qui, sur 19 applications, n'accuse qu'une seule guérison confirmée et persistante, bien que le caractère fut indéterminé dans 3 cas.

Sa fréquence, inconnue avant l'emploi courant de la néphrectomie, pourra seule y gagner en se vérifiant anatomiquement. Le docteur Homans de Boston, devant un cas de ce genre, ayant chargé le docteur Howard Lombard de faire des recherches bibliographiques à ce sujet, a trouvé, sur un total de 130 néphrectomies, 25 affections malignes, savoir : 12 sarcomes, 6 carcinomes, 4 encéphaloïdes, 1 adénome et 3 tumeurs de nature douteuse, soit le cinquième de la totalité en y comprenant le cas dont il s'agit. Fréquence énorme surtout quant à la mortalité considérable en résultant. Il y eut en effet 17 morts, dont 2 par hémorrhagie, 2 par collapsus, 7 par péritonite deux fois septique et 2 par shock. L'embolie pulmonaire, la septicémie, la récidive et une cause inconnue en ont déterminé une chaque. Les 8 guérisons étaient si récentes que l'un des opérés était encore en traitement. De ces 26 opérations, 14 avaient été pratiquées en

Allemagne, 6 en Angleterre, 5 aux États-Unis et 1 en France, dont 7 par l'incision lombaire avec 4 guérisons, et 19 par l'incision abdominale dont 15 morts. Un tableau synoptique de tous ces faits avec les renseignements principaux pourra servir à édifier les futurs opérateurs.

L'observation du docteur Homans a aussi son enseignement. Matelot de vingt-neuf ans, faisant dater son mal dans le ventre de l'enlèvement d'une lourde pierre remontant à deux ans environ, après quoi ses urines étaient devenues sanguinolentes. Tumeur de l'hypochondre gauche, découverte il y a quinze mois, avec douleurs dans les lombes, redoublant quand le sang apparaît dans l'urine. A plusieurs reprises, de longs caillots ont été retirés de l'urèthre. Sommeil assez bon, appétit variable, perte des forces. Ovale, la tumeur ressemble à une rate hypertrophiée, dure, aplatie, de 9 pouces de diamètre, s'étendant depuis la région iliaque jusque sous les fausses côtes. Le sang ne contient pas de leucocytes en excès ni d'albumine, urée normale.

Une affection maligne est diagnostiquée sans pouvoir en fixer le siège. Venu d'une grande distance pour se faire opérer, le malade persiste dans sa résolution en en connaissant la gravité et les suites possibles. Après plusieurs semaines d'observation, l'opération est pratiquée sous le nuage phéniqué le 24 novembre 1883 à la maison Saint-Margaret, et dure une heure. La température s'élève à 100° F. le lendemain ; vomissements et seulement quatre onces d'urine noirâtre, épaisse, très acide et encore moins le surlendemain, soit 185 grammes en tout pendant les cinquante-et-une heures de survie, ce qui est dû probablement à l'intoxication phéniquée.

L'autopsie révéla une péritonite aiguë généralisée avec dégénérescence graisseuse du rein droit et infiltration graisseuse du foie. Cancer du rein gauche. *Blessure de l'intestin.* (*Boston med. and surg. journ.*, n° 4.)

La chirurgie n'a donc à persévérer dans ces pratiques imprudentes, désespérées, qu'à son détriment. Mieux vaut refuser formellement son concours que de la compromettre par ces autopsies sur le vivant.

**Cancer primitif du foie.** Observé chez une femme de

trente-sept ans, ayant deux enfants bien portants et atteinte de dyspepsie avec vomissements aqueux le matin depuis un an avant son entrée à l'hôpital en octobre 1882. Après un mois de séjour, les troubles gastriques ayant cessé et aucune tumeur n'étant perçue dans l'abdomen, cette femme sortit de l'hôpital, malgré son amaigrissement croissant. Elle y rentrait dès la fin de janvier suivant, dans un état beaucoup plus grave avec vomissements, diarrhée, et plusieurs petites tumeurs dures et mobiles de l'épiploon, douleurs vives dans l'abdomen, ascite et œdème consécutifs des membres qui amenaient la mort le 25 juillet.

A l'autopsie, un foie énorme adhère au diaphragme et s'élève jusqu'à la troisième côte en descendant à trois travers de doigt de l'épine iliaque. Poids : 6737 grammes avec de petits nodules cancéreux à sa face inférieure, un grand nombre de noyaux à l'intérieur et une masse ramollie à la surface convexe; l'examen histologique, très bien décrit par le docteur Bouveret, pouvait donc seul avoir de l'intérêt.

En procédant de la périphérie au centre à l'examen de cet organe cancéreux, avec des instruments graduellement grossissants, l'auteur s'est assuré, malgré l'apparence d'une cirrhose hypertrophique biliaire dans les parties les plus externes et ressemblant à une simple lésion irritative accidentelle, que cette néoplasie débutait par une prolifération très active des canalicules biliaires et du tissu conjonctif interlobulaire. La disparition des cellules hépatiques par atrophie simple, semble résulter de cet accroissement rapide de ces amas d'épithélium. De là la dilatation progressive des espaces limités du tissu conjonctif, constituant le stroma alvéolaire rencontré dans la plupart des néoplasies cancéreuses, avec végétation très active ici des éléments épithéliaux d'origine biliaire. C'est donc bien là un épithélioma, une tumeur d'origine épithéliale, très différente, histologiquement, des adénomes ou tumeurs adénoïdes du foie dont le point de départ paraît dans le lobule même. Telle est bien positivement l'origine du mal dans ce cas, dit l'auteur, mais sans que l'on puisse assurer qu'il en est toujours ainsi dans les exemples similaires. (*Revue de méd.*, juillet.)

Tout le mérite de ces descriptions si longues, minutieuses et arides, gît dans cette distinction du siège de la lésion primitive, sans qu'il soit possible d'en tirer aucun avantage

pour le diagnostic clinique ni pour le traitement. Plus on pénètre intimement les lésions histologiques du foie par exemple, et plus on acquiert la certitude désespérante qu'il n'y a rien à en espérer pour la thérapeutique. Comment prévenir ou entraver, suspendre cette atrophie cellulaire résultant de l'énorme développement des capillaires et de l'épaississement considérable du tissu conjonctif interlobulaire? C'est science pure, tant que l'on voudra pour le médecin naturaliste, mais sans aucun profit pour le clinicien ni pour la guérison du malade. Au point de vue médical, cette science est donc purement spéculative.

**Cancer buccal.** C'est surtout contre la douleur intolérable produite dans certains cas par cette cruelle affection que l'excision se justifie. Chez un homme de quarante-cinq ans, le docteur Francks enleva ainsi la langue entière, l'amygdale gauche et une partie du voile du palais, le 8 janvier dernier à l'hôpital Ste-Adélaïde de Dublin. L'opéré survécut jusqu'au 16 mars suivant, alimenté par des lavements nutritifs, sans souffrances, s'applaudissant tous les jours, malgré sa mutité, d'avoir échappé à cette mutilation. Il s'est éteint sans se plaindre, avec les traces d'une récidive sur place. (*Acad. de méd. d'Irlande*, 7 mars, et *Lancet*, 28 juin.)

*Du cancer chez les syphilitiques, de l'hybridité* du cancer syphilitique de la cavité buccale en particulier, par le docteur Ozenne. In-8°. Paris.

**Cancer primitif du nez.** L'extrême rareté de cette affection à l'intérieur des narines donne d'autant plus d'importance à une observation complète de ce genre recueillie par le docteur Ch. Delstanche avec autopsie, examen microscopique et planches. C'était chez un ferblantier-zingueur de cinquante-trois ans qui se présenta à la clinique otologique de l'hôpital St-Jean de Bruxelles, au commencement d'octobre 1881, pour une surdité prononcée et un enchifrènement habituel. Sa pâleur et son expression souffreteuse indiquaient dès lors un grave désordre organique. Une chute de 12 mètres de hauteur, à l'âge de vingt ans, a marqué le début de la surdité; mais une autre plus récente, faite il y a quatre ans, paraît se rapporter à son enchifrè-

nement. Sortant ivre, il est tombé, le derrière du crâne frappant contre le rebord du trottoir, d'où résulta une épistaxis abondante; une douleur sourde et persistante s'en suivit. L'examen de la narine gauche montre une tumeur d'un rouge blafard, friable comme le tissu hépatique, saignante, immobile, sans adhérence apparente et semblant fixée au sommet de la narine.

Le diagnostic de sarcome fut ensuite confirmé de nature épithéliomateuse. L'accroissement fut si rapide qu'un mois après, le malade réclamait une opération à l'hôpital Saint-Pierre, où il resta trois à quatre mois à cet effet. Désespérant de l'obtenir, il rentra chez lui pour aller finir ensuite ses jours à l'hospice de l'Infirmerie où il succomba le 10 avril 1883. A l'autopsie, faite par M. Morique, tous les organes étaient à peine altérés, à l'exception du cerveau. Une poche remplie de pus crêmeux verdâtre était formée par la dure-mère correspondant à la tumeur; cette couche de pus baignait tous les organes voisins. Le pédicule du néoplasme s'était creusé un canal du diamètre d'une plume d'oie, correspondant à l'articulation du sphénoïde avec l'ethmoïde, comme une planche le montre mieux que la description. Le microscope décela un épithélioma à cellules pavimenteuses.

Un seul cas semblable a été rencontré par l'auteur dans ses recherches bibliographiques. Il a été observé par le docteur Wreden chez un soldat de vingt-deux ans ayant aussi la narine gauche envahie avec des symptômes absolument semblables aux précédents. Il succomba rapidement dans un accès de convulsions. L'origine du néoplasme était dans les cellules de l'ethmoïde ou du cornet supérieur. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, juillet, n° 3.)

Un exemple analogue s'est présenté le 10 juillet dernier à l'hôpital Bichat chez un tailleur de cinquante-cinq ans, offrant une asymétrie faciale causée par la tuméfaction de la joue gauche et du nez. Saillie arrondie, dure, sans élasticité, absolument immobile dans la narine gauche et l'oblitérant si complètement qu'il est impossible de contourner cette petite tumeur. Une ulcération grisâtre, suppurante, se distingue et donne lieu à l'écoulement d'un muco-pus très fétide. Le mal a débuté, il y a deux ans, par de l'enchifrènement et des bourdonnements d'oreilles très incom-

modes. Une saillie apparut bientôt avec écoulement séro-purulent. Puis une rémission si marquée se manifesta que le malade se crut guéri, quoique la déformation persistante du nez avec surdité indiquât le contraire.

Au commencement de l'année seulement, les accidents se réveillèrent avec tant d'intensité qu'il ne put attendre : surdité, douleur frontale, déglutition et respiration difficiles, insomnie, épiphora, suintement fétide continu, sans hémorrhagie. L'exploration digitale ne perçoit pas la tumeur par la bouche. Absence d'engorgement des ganglions rétro-pharyngiens. Néanmoins l'âge du malade, l'ulcération de la tumeur et surtout son aspect firent diagnostiquer un épithélioma.

Après anesthésie et tamponnement, le docteur Terrier pratiqua l'incision de la narine sur la ligne médiane, de la racine au lobule du nez. Par l'écartement des deux lambeaux, la tumeur étant à nu, elle est dégagée facilement avec les doigts, et une faible traction suffit à faire céder le pédicule d'un très petit diamètre. L'hémorrhagie arrêtée, on cautérise l'insertion située à la partie la plus reculée de la cloison. Réunion et suture des deux lambeaux au fil d'argent ; cicatrisation par première intention à l'aide de lavages et de gargarismes à l'acide borique.

La tumeur excisée est oblongue, irrégulièrement lobulée, à surface lisse et grisâtre, du volume d'un petit œuf. Les coupes et l'examen histologique démontrent la structure du sarcome fasciculé. Le malade, sorti de l'hôpital le 2 août avec surdité prononcée, revint deux mois après, complètement guéri. Cet exemple est donc un encouragement à suivre la même conduite dans ces cancers du nez, dès le début. On a ainsi la certitude de soulager le malade, sinon de le guérir. (*Idem*, novembre, n° 5.)

**Cancer de l'estomac.** *Confusion avec la dilatation simple.* Voy. ESTOMAC.

*Du cancer précoce de l'estomac*, thèse inaugurale par le docteur M. Mathieu, aide de clinique de la Faculté de Lyon. Etude générale du cancer chez les jeunes sujets, c'est-à-dire au-dessous de quarante ans, avec deux observations personnelles et une série de trente observations recueillies dans les auteurs. Ce sont, dans la majorité des cas, des

exemples d'erreurs de diagnostic décelées seulement à l'autopsie. De là l'intérêt de ce travail.

**Cancer de l'intestin.** *Signes de l'obstruction.* V. OCCLUSION INTESTINALE.

**Cancer du rectum.** Encore un chirurgien français des plus autorisés qui se rallie très explicitement à la colotomie lombaire palliative des Anglo-Américains, déjà adoptée par MM. Labbé et Tillaux : c'est le professeur Trélat. Mais il met une indication expresse à son emploi, c'est que le cancer soit assez étendu pour être infranchissable par le doigt. La rectotomie pouvant alors intéresser le péritoine et déterminer de graves complications, il est indiqué de créer une voie de dérivation. Or la colotomie lombaire est préférable à l'anus inguinal par sa simplicité, en n'intéressant pas le péritoine et en déterminant des selles presque normales, tandis que l'anus artificiel pouvant s'ouvrir sur l'intestin grêle donne des matières incomplètement digérées, et manque ainsi le but de l'opération.

Dès que le doigt peut dépasser le siège du mal, la rectotomie est préférable. L'excision est seulement applicable aux cancers très limités de la marge de l'anus déterminant des douleurs, des accidents. En l'absence de ceux-ci, il faut les respecter, car dès que l'on touche à ces malades ils meurent ou ne guérissent pas. (*Revue de méd.*, 1er mars.)

L'avis des principaux chirurgiens de l'Europe sur ce sujet semble devoir résoudre la question. M. Esmarch réclame l'extirpation immédiate, complète et radicale dans tous les cas, et Volkmann ne l'emploie que dans certaines limites; les chirurgiens anglais Bryant et Morris, de Londres, invoquent 105 cas en faveur de la colotomie lombaire, outre 20 cas de colotomie inguinale du professeur Studgaard, de Copenhague; mais qui écouter, en présence de M. Verneuil parlant en faveur de sa création de la rectotomie linéaire avec l'aide de M. Marshall de Londres, invoquant cinq succès à l'appui? On ne peut se prononcer pour l'une à l'exclusion des autres, a répondu M. S. Gamgee, de Birmingham. En les approuvant toutes trois, M. Trélat a rendu le jugement sage de Salomon par ces résultats de sa pratique : 6 fois il a pratiqué la rectotomie

sans mort immédiate, 7 fois la colotomie avec des résultats divers et 10 extirpations avec 2 morts rapides par accidents septiques ou cellulite, 4 récidives rapides et 4 un peu plus lentes. (*Congrès de Copenhague.*) Avec les indications précédentes et vraiment cliniques de ces trois opérations distinctes, se disputant la prééminence absolue, n'est-ce pas là la loi et les prophètes?

**Cancer du pénis.** Il s'est rencontré chez un prêtre de cinquante-huit ans, sanguin, bien constitué, de mœurs exemplaires et sans antécédents héréditaires. Depuis six ans environ, la tumeur, grosse comme un pois, s'était développée graduellement au point de former une énorme masse arrondie, de l'aspect et la dimension d'un chou-fleur, avec de petits lobules mous adhérant profondément à l'organe et séparés par des dépôts d'humeur de consistance molle. Le pénis, disparu presque complètement, servait de pédoncule à cette tumeur, offrant des ulcérations profondes, à bords indurés, saignant et laissant écouler en abondance un liquide purulent grisâtre, d'une odeur fétide. Le méat urinaire se trouvait à la partie inférieure sans aucune ulcération apparente de l'urèthre. Etat général satisfaisant.

En présence de cette tumeur fibro-plastique, sarcome vrai d'Abernethy et Virchow, l'amputation fut décidée, sans recourir préalablement à un traitement spécifique que la vie exemplaire du malade rendait inutile. Elle fut pratiquée par le docteur Lopez Alonas avec l'écraseur linéaire et toutes les précautions requises en pareil cas. La cicatrisation était complète dix jours après, sans complications sérieuses, malgré le poids de 972 grammes de la tumeur excisée. (*Correo med. castellano.*)

**Cancers secondaires.** L'irritation locale en serait la cause, d'après les faits suivants communiqués par le docteur Nicaise. Une femme de cinquante-six ans avait un cancer de l'utérus en même temps qu'une hernie ombilicale graisseuse qui s'indura quelque temps avant la mort. La portion herniée de l'épiploon était cancéreuse, tandis que le reste de l'épiploon était parfaitement sain.

Le même fait a été observé par M. Verneuil sur un

nme de cinquante-huit ans ayant deux hernies épigas-
ques indurées. L'une fut opérée facilement, mais le ma-
e mourut rapidement d'un cancer primitif du pylore
couvert à l'autopsie. Ceux de l'épiploon hernié ne s'étaient
veloppés que consécutivement sous l'influence de l'irri-
tion herniaire. (*Congrès de Blois*, septembre.)

Nous croyons pouvoir y ajouter le cancer survenu rapi-
ement dans la cicatrice abdominale d'une ovariotomie du
locteur Terrillon et n'ayant rien présenté, lors de l'exécu-
ion, qui pût faire prévoir cette terminaison fatale un an
après. Ce fait n'est pas unique. On trouve assez fréquem-
ment la mention d'une récidive cancéreuse dans les obser-
vations d'ovariotomie publiées; ce qui confirmerait la nature
épithéliomateuse des kystes signalée par MM. Malassez et de
Sinéty. Ces cancers ne seraient ainsi que la récidive de
l'ovaire extirpé. (*Bull. de thér.*, octobre.)

**CARIE VERTÉBRALE.** Sa gravité ne dépend pas autant de son processus pathologique, suivant M. Trèves, que de son siège et de la profondeur inaccessible aux procédés chirurgicaux. Les maladies du corps des vertèbres ne pouvant être atteintes directement et leurs produits morbides ayant à traverser de grandes distances pour leur élimination, ils s'accumulent en d'immenses collections purulentes avant d'arriver au dehors. Issue leur est ainsi donnée loin de leur siège de formation.

Une voie directe est proposée par l'auteur, pour aller au début à la découverte du mal. C'est une incision verticale pratiquée près du bord externe de l'*erector spinæ* dont l'aponévrose avec le carré des lombes sont divisés transversalement. Le psoas est alors incisé et en continuant l'opération dans ces tissus profonds, suivant les règles indiquées, on peut atteindre et explorer toute la surface antérieure du corps des vertèbres lombaires et même des dernières dorsales. On peut ainsi enlever toutes les parties cariées ou nécrosées et donner une prompte et directe issue à tous les produits morbides. Un abcès du psoas ou de la région lombaire peut être évacué, sa cavité râclée, de façon à supprimer tout ce qui entretient la suppuration et menace de retentir sur les nerfs et la moelle. La dernière dorsale et la première lombaire étant les deux vertèbres les plus

souvent atteintes dans le mal vertébral, d'après Hueter, cette opération peut recevoir de nombreuses applications.

Trois exemples en sont relatés avec succès. C'était un abcès du psoas à son origine contenant 40 onces de pus avec extraction consécutive d'un gros séquestre de la première lombaire. Une grande amélioration de l'opéré s'ensuivit. Un abcès du psoas s'étant ouvert dans la cuisse, une controuverture faite en haut permit un drainage à l'origine même de l'abcès. Dans les deux autres cas malheureusement, les poumons et les reins étaient atteints, comme l'autopsie l'a démontré. Voy. Abcès.

Malgré les objections faites à ce procédé par MM. Barwell, Bryant et différents autres chirurgiens, dans la longue discussion soulevée à ce sujet contre sa priorité, ses applications et son efficacité, il n'en reste pas moins une voie ouverte à de nouvelles tentatives chirurgicales contre le mal vertébral de Pott. La difficulté d'en découvrir les signes au début en est la pierre d'achoppement. Comment oser aller sur des signes vagues de carie vertébrale exposer les malades aux chances d'une opération aussi grave? La présence d'abcès symptomatiques en serait seule une indication positive et la carie est alors si profonde, la diathèse tuberculeuse si imminente qu'il sera souvent impossible de prévenir la mort des opérés. (*Royal med. and chir. Society* 8 janvier, et *Lancet*, n° 2.)

**CHANCRES.** Il faut toujours les chercher dans la balano-posthite consécutive à un coït suspect, d'après le docteur Mauriac. Compliquée de phimosis, elle est une des manifestations les plus communes de l'accident primitif. Dès que la cavité sécrète avec un peu d'induration il faut explorer avec soin le limbe, le sillon et les aines pour s'assurer si elle n'est pas infectante par quelque petit chancre caché.

Chez la femme, une poussée d'herpès sur la vulve est très souvent, sinon constamment, un indice de l'existence d'un chancre du col de l'utérus. Dès que ce signe se présente, un examen devient nécessaire. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

*Siège d'élection.* Comme le signe primitif de l'infection

syphilitique, le lieu où se développe le plus souvent le chancre infectant, chez l'homme, est très important à déterminer. Ce n'est pas assez de savoir que le pénis en est le siège dans la généralité des cas, il faut fixer la place de prédilection sur cet organe. Une statistique de 400 cas, recueillie en quelques mois à Liverpool par M. Lowndes au Lock hospital, au dispensaire des marins et dans sa pratique privée, lui a donné la preuve que le prépuce en est le siège de prédilection. Une précédente statistique anglaise de 150 cas et les 839 cas collectés par Clerc et Fournier en France, aussi bien que les opinions émises par les syphiliographes de tous les pays, sont d'accord sur ce point. C'est donc là qu'il faut le chercher, non sur la peau où il est très rare, mais dessous, sur la muqueuse. Il se rencontre parfois à l'orifice, sur la limite de ces deux membranes, mais c'est une exception et l'on se demande si, lorsqu'il est signalé sur le gland ou au méat urinaire, il n'y a pas été implanté par une érosion primitive du prépuce.

D'où l'indication pour l'homme de tenir cette partie dans le plus grand état de propreté par des lotions journalières. Il suffit d'une légère rougeur ou irritation, du moindre bouton pour qu'en s'excoriant par le frottement, l'infection ait lieu avec une femme malade, alors que, dans l'état sain, on n'aurait rien attrapé. (*Lancet*, 11 octobre.)

**Chancres mous.** *Désinfection.* Sur l'affirmation du docteur Aubert : qu'une température élevée leur faisait perdre toute virulence aussi bien qu'aux bubons coïncidents, le docteur Castelain, reconnaissant l'impossibilité de soumettre les malades à une immersion prolongée huit heures durant dans un bain à 40 degrés, comme M. Martineau en a fait l'expérience, a imaginé l'appareil suivant. C'est une boîte rectangulaire en fer-blanc de deux litres de capacité. Deux ouvertures sur la paroi supérieure sont destinées l'une à l'arrivée de l'eau et l'autre au thermomètre plongeant dans l'eau et en marquant la température; une troisième à la paroi inférieure sert à l'écoulement de l'eau. La plus grande existe latéralement avec un manchon en caoutchouc destiné à recevoir la verge protégée par un diaphragme empêchant l'eau de couler.

Après deux bains de trois heures chaque de 46 à 47°,

sans que la brûlure soit à craindre, toute virulence a disparu. Une lampe à alcool suffit à maintenir l'eau au degré voulu. (*Soc. de méd. du Nord,* 10 octobre.)

*Non inoculabilité du pus des bubons chancreux.* V. Bubons.

**Chancre du sein.** Cet accident initial passe souvent inaperçu ou se confond avec l'eczéma. Dès que la malade n'est ni nourrice, ni galeuse et qu'un seul sein est pris, il faut penser de suite au chancre infectieux. Une femme, traitée en ville pour un eczéma simple, entrait ainsi à l'hôpital Saint-Louis, service du docteur E. Besnier, avec une roséole très abondante et d'autres accidents secondaires montrant l'erreur du diagnostic eczéma. Elle est d'autant plus grave que cet accident initial demande un traitement actif dès le début, parce que la généralisation se fait très rapidement. La roséole apparaît souvent avant que l'évolution du chancre soit terminée. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

**Chancre induré de l'amygdale.** Le *diagnostic* en est si difficile que cette lésion spécifique, en se confondant avec l'angine diphthéritique gangréneuse, l'épithélioma et la gomme ulcérée, est longtemps restée inaperçue par l'obscurité des apparences autant que le défaut d'antécédents suspects. En montrant ces deux causes d'erreur par 13 observations cliniques, M. Le Gendre prouve que ce n'est pas la forme différente de la plaie, ni ses caractères de coloration, d'étendue ni de profondeur, qu'il faut considérer pour le reconnaître, mais l'induration sous-jacente constatée au toucher. Elle se rencontre assez souvent comme dans une tumeur ulcérée, au point de simuler le syphilome primitif, mais l'adénopathie coïncidente sous le maxillaire en est le signe le plus certain. Il ne s'agit que de distinguer cette pléiade classique de Ricord — un ganglion volumineux, très dur, indolent et peu mobile, entouré d'autres plus petits avec les ganglions peu volumineux et douloureux à la pression — que l'épithélioma et la diphthérite peuvent développer. L'ancienneté et l'unilatéralité du mal en sont aussi de bons signes. Le chancre mou, non infectant, ou chancrelle, n'ayant jamais été observé sur l'amygdale, il est à peu près indifférent de confondre ce

chancre induré avec la syphilide ulcéreuse tertiaire ; le traitement est le même. Des baisers buccaux, des rapports suspects ou malsains quelques semaines auparavant, sont souvent la cause directe de cet accident, mais il ne faut pas y attacher une importance exagérée : sur les 13 exemples, ce chancre existait 7 fois sur des hommes et 6 fois sur des femmes dont 3 avaient un âge avancé. (*Archiv. de méd.*, février et mars.)

Il est moins rare, suivant le docteur Taylor, qu'on ne le suppose, d'après son origine multiple par les baisers, les crayons, les bouteilles et les cigares qui sont placés dans la bouche ou par un contact sexuel dépravé. Il en a observé quatre cas : chez un garçon de neuf ans à l'hôpital de Bellevue pour fracture de la jambe et chez une jeune femme résultant des pratiques bestiales. Les deux autres existaient sur des hommes. Un étudiant en médecine le contracta en plaçant sa bouche sur celle d'un nouveau-né asphyxié. Il en donne la symptomatologie d'après ces faits qui, avec ceux de A. Fournier, forment un total de onze cas.

Le docteur Sturgis, qui en a observé trois autres, indique le gonflement et l'induration des ganglions en avant et en arrière de l'oreille, et surtout les premiers, comme un bon moyen de diagnostic. Sa rareté, suivant le docteur Jarvis, vient de ce que le virus déposé dans la bouche est rarement entraîné par la salive. (*Acad. de méd. de New-York*, 15 mai.)

Un cas en a été observé à Kiew par M. Thomaschewski chez un homme portant simultanément plusieurs chancres du prépuce. S'étant enfoncé une pointe osseuse dans le pharynx en avalant trop avidement, il n'est pas impossible, vu la malpropreté du malade, qu'en voulant la retirer, il se soit inoculé directement la maladie. (*Wiener med. Press*, n° 34.)

**CHIRURGIE.** *Constriction exagérée des bandages.* Faute trop fréquente des chirurgiens de campagne à la suite des fractures ou luxations des membres par crainte du déplacement. En comptant sur le relâchement ultérieur, ils compriment et serrent à force de bras, sans pouvoir en constater l'effet immédiat vu leur éloignement des opérés. Il en est même qui, devant les plaintes de ceux-ci sur les

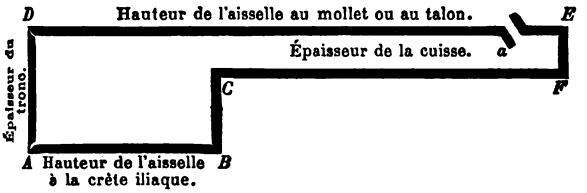
souffrances, les douleurs qu'ils éprouvent, refusent d'y regarder, sans se douter des accidents pouvant en résulter et de la grave responsabilité qu'ils encourent. La gangrène du membre est en effet la conséquence de l'arrêt de la circulation vasculaire et nerveuse. Un confrère, poursuivi pour un cas de ce genre, nous consultait pour savoir si l'acide phénique, employé ensuite sur les parties noirâtres, n'avait pas été la cause de la perte du membre, argument dont il pensait se servir pour sa défense. Nous lui avons conseillé de transiger.

Un cas analogue vient d'arriver dans le Gard. Une couturière de trente ans tombe sur le bras droit en descendant de voiture ; le docteur appelé constate une luxation du coude sans fracture. Il fait la réduction et applique un bandage sur la région lésée. Des douleurs violentes sont bientôt ressenties par la blessée qui s'en plaint à quatre reprises successives au médecin, le sollicitant en vain d'enlever ou de desserrer le bandage. Sur son refus et n'y tenant plus trente-six heures après, elle demande ce service à un autre médecin qui constate une gangrène de la main et d'une partie du bras.

D'après ces faits, le médecin fut appelé devant le tribunal civil de Nîmes, sous l'inculpation de faute lourde et d'incurie, avec demande de 30 000 francs de dommages-intérêts sous bénéfice d'enquête. Mais le tribunal refusa celle-ci et y substitua l'expertise de trois professeurs de la Faculté de Montpellier qui conclurent confraternellement à une grave imprudence due à une fausse interprétation des phénomènes observés. D'où la condamnation conforme du médecin, pour faute grave par imprudence, négligence ou ignorance, à une pension annuelle et viagère de 200 francs à servir à la couturière infirme et 1000 de dommages-intérêts qui, sur appel, ont été élevés par la cour de Nîmes à 1800 francs. (*Gaz. hebdom.*, n° 11.) Cette dure leçon doit servir aux imprudents trop confiants en leur infaillibilité.

*Attelle de la hanche.* Par sa facture simple, facile et à bon marché, pouvant servir à diverses conditions morbides de la hanche et à la fracture de la cuisse, le modèle suivant est décrit et figuré par le docteur Cabot comme étant en usage constant et efficace à l'hôpital des Enfants, de Boston,

depuis plusieurs années. Un fil de fer d'un quart de pouce de diamètre environ, malléable, fort et résistant, sert à la fabriquer sous la forme suivante.




Avec les courbures voulues et la soudure des deux extrémités du fil en *a*, il suffit de matelasser cette attelle de ouate et de bandes pour fixer la partie supérieure A B C D au tronc, l'angle B répondant au côté sain, tandis que celui du C se trouve un peu en dehors de la synchondrose sacro-iliaque du côté malade. Moulée ainsi sur les muscles et entourant les saillies osseuses, cette attelle bien garnie et courbée protège suffisamment le bassin contre le danger des escharres.

Maintenue par un bandage de corps et avec une longue bande de toile roulée autour du membre malade, cette attelle fixe la hanche dans une immobilité confortable. Son éloignement de l'anus permet de la tenir en état de propreté et de la laisser en place sans la changer durant un temps suffisant à la guérison.

Elle a été appliquée avec succès dans 4 cas d'excision partielle du trochanter. Il suffit d'y ajouter une petite attelle sur le siège de la fracture de la cuisse avec un soutien du pied à l'extrémité pour permettre de transporter ces blessés à de grandes distances. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 1.)

*Congrès français de chirurgie.* Sur la proposition du docteur Demons à la Société de chirurgie de Paris de l'utilité d'une réunion annuelle des chirurgiens des pays de langue française, un comité d'organisation a été nommé; sur le rapport du docteur Pozzi, elle a résolu, dans sa séance du 4 juin, de former un comité chargé de rédiger les statuts et les règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier Congrès.

*Eléments de pathologie chirurgicale générale*, par F. Terrier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc.; premier fascicule formant un vol. grand in-8o de 408 pages, *librairie F. Alcan.*

Les lésions traumatiques dans leurs rapports avec les divers états généraux, sous toutes leurs formes; contusions et plaies de toutes sortes physico-chimiques, avec les nombreux pansements qui leur sont opposés actuellement ainsi que leurs complications, forment la matière de ce premier fascicule. Objet d'un cours auxiliaire professé à la Faculté de médecine en 1879, elles devaient, revues, corrigées et augmentées, précéder celles qui viendront prochainement compléter ces éléments dans un second fascicule. Ce volume sera ainsi comme la préface nécessaire, ou plutôt l'Introduction, développée et expliquée, du *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale* dont la troisième édition du même auteur va être terminée. En se réunissant, ces deux ouvrages n'en formeront qu'un seul, autant par la concision que par l'ordre et la méthode qui y règnent.

Une bibliographie étendue distingue surtout celui-ci. L'étude nouvelle et séparée des diathèses, des intoxications, des maladies aiguës et chroniques et de diverses autres causes avec le traumatisme, en indique ainsi toutes les sources, de même que pour les 33 sortes de pansements différents; 16 pages y sont consacrées pour les pansements en général. On peut juger par là de son importance pour les autres sujets du livre.

*Eaux minérales dans les affections chirurgicales*, par le docteur E. Rochard, médecin de la marine, avec une préface de l'inspecteur général du service médical, M. J. Rochard. Mise en ordre des nombreux matériaux épars sur ce sujet formant un memento utile à tous les médecins militaires et de la marine.

**Chirurgie du poumon.** Après les extravagances opératoires commises en Allemagne (voy. *année* 1883), il n'est pas sans intérêt de montrer jusqu'où cette chirurgie locale peut aller dans certains cas exceptionnels. La thoracentèse, l'empyème et la résection des côtes sont devenues si fré-

ıentes et communes, sous la protection du nuage phéni-ıé, qu'il est présumable que l'on verra bientôt ouvrir aussi .cilement le thorax que l'abdomen pour examiner les sions pulmonaires et les traiter *de visu* suivant les cas. n se prévaut déjà à l'étranger de ce que l'incision du pou-ıon a été proposée et exécutée exceptionnellement, il y a lus d'un siècle, pour l'évacuation d'abcès, par Barry en 1743, enj. Bell et Richter et l'on soutient que c'est là une opération ıute simple par le drainage actuel. Des cavernes tuber-ıleuses ramollies ont ainsi été ponctionnées et vidées, on ıit avec quel insuccès. Mais il n'en est pas de même, dit-ı, des collections de la base, n'ayant pas autant de ten-ance à se frayer un passage dans les bronches et offrant ı écoulement plus facile par le drainage. Les collections insi formées dans la pneumonie chronique, la bronchiec-ısie, la gangrène pulmonaire, qui sont un si grave danger our la vie et dont l'expulsion complète par la toux est ouvent impossible, seraient justiciables de la chirurgie ıar un procédé quelconque. Un succès a été obtenu en 880 par les docteurs Douglas Powell et Lyell. L'expecto-ation diminua et la vie se prolongeait depuis six se-naines lorsqu'une pneumonie du côté opposé emporta 'opéré. Une paracentèse pulmonaire a été faite dans un cas ınalogue compliqué d'empyème par le docteur Th. Wil-ıams.

Si la chronicité du mal est une indication spéciale et une condition de succès dans certains cas, c'est le contraire dans les abcès d'origine gangréneuse. Dès que le diagnostic est assuré, l'intervention chirurgicale n'est pas seulement jus-tifiée, mais commandée impérieusement comme l'unique chance de prolonger la vie ou de la sauver. Deux exemples en sont cités à l'appui montrant que les derniers jours ont été rendus plus tolérables. (*Lancet*, n° 10.)

*Cathétérisme pulmonaire*. Voy. EMPYÈME.

La *paracentèse pulmonaire* est à l'ordre du jour en Angle-terre, comme l'indiquent les deux faits suivants. Une fille de douze ans entre le 18 janvier dernier à Middlesex hospital, service du docteur Hermann, pour un abcès aigu de l'apophyse mastoïde, *suite* d'une otorrhée chronique

consécutive à une scarlatine datant de quatre ans. Elle allait mieux après la trépanation, lorsque des frissons suivis de fièvre annoncent une pleurésie avec consolidation de la base du poumon droit. Le 7 février, l'haleine était fétide et l'expectoration purulente; de la matité existait à la base du poumon droit remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate avec une crépitation bouillonnante, *bubbling*. L'enfant étant arrivée au dernier degré de marasme, on admit un foyer gangréneux; M. Gould y plongea un petit trocart et introduisit un drain par la canule. Du pus et un séquestre de poumon gangréné s'en échappèrent ensuite et l'enfant sortait guérie le 27 mars.

Le second fait, dû au docteur Biss, est encore moins concluant, sinon par l'autopsie. Un homme de trente-deux ans, sans antécédents pathologiques ni héréditaires, toussait et crachait beaucoup depuis six mois, lorsqu'il entra à l'hôpital. Matité en arrière et à la base du poumon droit s'élevant jusqu'à l'épine de l'omoplate. La pointe du cœur bat à un demi pouce en dehors du mamelon. Un abcès fut diagnostiqué avec épanchement environnant. Une ponction faite ne donna aucun liquide.

Des frottements s'étant développés ensuite avec une respiration caverneuse et de l'égophonie, la fièvre et l'hecticité augmentant malgré la médication suivie, une nouvelle ponction exploratrice est faite sans aucun résultat. Le professeur Marshall pratiqua alors l'empyème dans le dixième espace intercostal, siège du maximum d'intensité des bruits caverneux. La plèvre mise à nu, un trocart fut lentement enfoncé à une profondeur de quatre pouces où le défaut de résistance indiqua une cavité; il s'en échappa aussitôt des sifflements d'air fétide avec écoulement de sang altéré ensuite. On tamponna pour éviter l'hémorrhagie et le lendemain fut introduit un drain qui donna issue à un liquide purulent abondant. Les symptômes furent modifiés sans disparaître. Dix jours après, se déclara un abcès du cerveau qui détermina la mort le 20e jour après la paracentèse pulmonaire.

L'autopsie montra, outre deux abcès du cerveau, plusieurs cavités bronchiectasiques dans le poumon droit dont la plus vaste avait été atteinte par la paracentèse. Le poumon très rétracté était envahi par une transformation fibreuse, tandis

que le gauche et les autres organes étaient sains. Pas de traces de tubercules miliaires.

D'où un long débat sur les difficultés du diagnostic différentiel entre ces cavités broncho-pulmonaires et les épanchements circonscrits ou enkystés des plèvres. Deux cas, cités par M. Godlee, montrent cette méprise, malgré des ponctions exploratrices et une résection costale. Une cavité pulmonaire irrégulière, suite d'une pleuro-pneumonie, fut ainsi découverte, ponctionnée et drainée avec succès dans le service de sir J. Fayrer à *University hospital* et l'opéré guérit. Une petite cavité à la base du poumon droit au-dessous de l'angle de l'omoplate fut de même ponctionnée et incisée, puis drainée avec succès par le professeur Marshall chez un homme de quarante-sept ans ayant avalé une dent artificielle. Une caverne tuberculeuse du sommet gauche, avec ouverture fistuleuse dans le second espace intercostal au-dessus du mamelon correspondant, fut également ouverte et lavée avec une solution phéniquée par M. Walsham et une grande amélioration s'ensuivit. Mais le docteur Broadbent ayant eu recours au même moyen chez un phtisique avec une large cavité de la base du poumon gauche, grande émaciation et sueurs nocturnes, la tuberculose n'en suivit pas moins son cours.

La même erreur a été commise par le docteur Cayley sur un homme de trente-cinq ans souffrant depuis cinq mois d'un rétrécissement de l'œsophage. Ce dernier ayant expectoré du pus fétide après une pleurésie, on crut à un foyer gangréneux à la base du poumon gauche que l'on tenta vainement de ponctionner à deux reprises avec un fin trocart. L'autopsie seule montra qu'il s'agissait d'un cancer ulcéré de la partie inférieure de l'œsophage intéressant le cardia dont le liquide s'épanchait dans une cavité gangréneuse de la base du poumon. La difficulté de préciser le diagnostic en pareil cas chez un cancéreux commande donc de s'abstenir, à moins de faire de la chirurgie hasardée.

Cet ensemble de faits, joints aux précédents, fournit la preuve des cas où le chirurgien doit intervenir, d'après M. Douglas Powell. Quand une bronchiectasie mène lentement sa victime au terme fatal, la meilleure chose à faire est de l'ouvrir à l'extérieur, afin d'évacuer par le drainage le résidu des sécrétions que le malade ne peut expectorer.

De même des cavités localisées se formant à la suite de la pleuro-pneumonie. Les signes physiques de l'adhérence du poumon aux parois costales sont pratiquement nuls; la rétraction des espaces intercostaux est absolument insuffisante à la diagnostiquer.

Quant à la difficulté de préciser le siège exact de ces cavités, elle existe de même dans les abcès du foie, selon le docteur Biss. Si la paracentèse pulmonaire n'est pas si simple, elle n'a pas déterminé la mort de son opéré, tout en l'avançant : il devait succomber quand même. L'exploration avec de fins trocarts a été jusqu'ici le meilleur moyen de découvrir ces cavités. (*Roy. med. and chir. Society*, 27 mai et 11 novembre.)

*Ouverture des cavernes pulmonaires.* Voici le procédé opératoire employé dans le Nord, d'après le docteur Bull, de Christiania. Après la détermination exacte du siège précis de la caverne, on incise comme dans l'empyème; arrivé au point voulu, on ouvre la caverne avec le thermo-cautère; puis on place un drain avec un bandage antiseptique. Sur 30 cas ainsi opérés, il y a eu 2 guérisons complètes, tandis que M. Triel, de Copenhague, qui a pratiqué 2 fois cette ouverture, a eu 2 morts presque immédiates. Quel est donc le médecin prudent qui oserait assumer une si redoutable responsabilité? (*Congrès de Copenhague.*)

*Abcès du poumon* guéri par l'incision et le drainage. Après un refroidissement avec frissons, en décembre 1880, un homme de cinquante-quatre ans, de Leeds, fut pris de vomissements, avec maigreur et douleur dans la région hépatique, sans toux ni aucun symptôme pleuro-pulmonaire. Ce début obscur fit recourir à l'avis de plusieurs médecins. Le docteur Clifford Allbutt constata l'augmentation de la matité du foie en haut, à la mi-février, et à la fin le docteur Myrtle rencontra cette matité dans la moitié inférieure du poumon droit. Appelé le lendemain pour pratiquer la ponction, M. Teale, chirurgien de l'Infirmerie, constata en effet du liquide dans la plèvre, et l'introduction d'un petit trocart amena quelques gouttes d'un liquide jaune paille; l'aspiration en donna ensuite 8 grammes. Une nouvelle ponction faite plus haut donna quelques gouttes d'un

pus grisâtre épais et très fétide. L'aspirateur en obtint une pinte ensuite. D'où la conclusion que ce pus venait du poumon et le premier liquide de la plèvre. De là une consultation générale de tous les médecins qui avaient observé le malade, à l'effet de décider s'il n'y avait pas lieu d'ouvrir le thorax et de drainer le foyer du liquide purulent.

Quinze jours après, le malade était tombé dans l'hecticité avec pouls à 150, expectorant du pus très fétide depuis deux jours. Immobilité rigide des parois droites du thorax avec une légère inégalité de mouvement du côté gauche normal. Matité à droite au-dessous du foie jusqu'à la cinquième côte, un peu au-dessous du mamelon, s'étendant dans l'aisselle et diminuant en arrière. Le malade étant assis sur son séant, la peau correspondant à la matité antérieure, modifiée par ce changement, changeait de couleur et se ternissait au centre, donnant une résonance de pot fêlé. Respiration tranquille à 30, à peine sensible en avant, sans râles.

Un trocart explorateur fut introduit un peu au-dessous et en avant de l'angle de l'omoplate, dans le neuvième espace intercostal, et la seringue se remplit aussitôt de pus fétide. Le malade fut éthérisé et une incision, pratiquée au siège même de la ponction, pénétra dans la plèvre. Il ne s'écoula que du sérum, sans pus. L'index, introduit ensuite pour découvrir le poumon, n'en mit qu'un petit espace à nu et il fallut l'agrandir en déchirant des adhérences de tous côtés. Le poumon était dense, grumeleux, sans crépitation ni élasticité. Une ponction amena du pus; elle fut agrandie pour admettre le doigt, et deux pintes de pus très fétide sortirent en rendant la cavité presque illimitée. Un gros tube y fut placé et la plaie étant lavée avec une solution d'acide phénique, un bandage compressif maintint le tout.

Les suites de l'opération furent des plus critiques. Des lavages antiseptiques de la cavité pulmonaire étaient pratiqués trois fois par jour, au moyen d'une petite sonde introduite le long du drain, et l'écoulement fut purulent et fétide pendant trois semaines. Il se modifia ensuite en quantité et en qualité. Une seule fois, le malade expectora du pus qui cessa spontanément. Un sentiment de suffocation se manifesta aussi une seule fois pendant les irriga-

tions. L'état fut des plus anxieux pendant de longs mois avec des symptômes d'intoxication purulente : vomissements persistants, hecticité, sueurs profuses, délire et hoquet durant une semaine.

Néanmoins le malade put être transporté à la campagne au commencement de juillet, avec une syncope prolongée quand on le mit en voiture. Une dangereuse attaque de diarrhée mit encore ses jours en danger. Il put ensuite assimiler un peu de nourriture et, l'écoulement du poumon diminuant, le drain fut expulsé spontanément le 24 août et ne put être replacé. Avant Noël, c'est-à-dire un an après le début de sa maladie et neuf mois après l'incision du poumon, ce malade avait repris ses fonctions de sollicitor. Il a graduellement augmenté de poids ensuite. De 8 st. 61 b. le 28 avril 1881, il s'élevait à 11 st. 51 b. en juin 1884. C'est donc là un succès complet. (*Lancet*, 5 juillet.)

Il y a loin encore de cette évacuation artificielle des liquides morbides du poumon par les médecins anglo-américains à l'excision même des parties malades par les chirurgiens allemands. Les succès de la résection de l'intestin et la vulgarisation de celle des côtes semblent pourtant favoriser leurs efforts dans cette voie, comme en justifie l'exemple suivant :

*Résection pulmonaire.* Deux exemples en ont déjà été relatés. La plus grande partie d'un poumon tuberculeux a été extirpée et des deux opérés l'un est mort peu d'heures après et l'autre a survécu neuf jours, alors que le second poumon se prenait. Or tout en jugeant sainement, par la citation de ces deux faits, que la chirurgie va trop loin en étendant ses opérations aux poumons tuberculeux, le docteur Kronlein, de Zurich, n'en a pas moins réséqué une partie dans une maladie analogue. Une jeune femme portait une tumeur sarcomateuse, du volume d'une tête d'enfant, sur la sixième côte gauche. Cette tumeur fut enlevée le 26 juin 1883 avec neuf centimètres environ de la côte et un pansement antiseptique détermina la réunion immédiate. Mais ce succès n'était qu'apparent.

Le 10 décembre suivant, l'opérée se présentait avec une récidive du mal datant de trois semaines. Enlevée quatre jours après, cette repullulation occupait l'intervalle de la

inquième à la septième côte en envahissant la plèvre et dhérait au lobe inférieur du poumon. La déchirure de ces dhérences affaissa tout le poumon et mit à nu le péricarde t le diaphragme. La dyspnée en résultant fit suspendre la hloroformisation, lorsque l'opérateur découvrit un nodule econdaire, gros comme une noisette, sur le poumon même. l amena dès lors celui-ci au niveau de la plaie, enleva le nodule avec les ciseaux et arrêta l'hémorrhagie par une ligature de catgut autour des bords de la plaie. La cavité pleurale fut lavée avec une solution d'acide salicylique, la plaie réunie par des sutures avec un drain, une gaze iodoformée fut placée par-dessus, maintenue par un bandage salicylé.

La température s'éleva seulement à 38°,2 les deux nuits suivantes avec 140 pulsations et 60 respirations; peu de liquide s'écoula de la plèvre, et les signes de pneumothorax et d'imperméabilité ne tardèrent pas à disparaître. Trois semaines après et avec quatre pansements successifs, la cicatrisation était complète et l'auscultation révélait des bruits faibles, mais normaux, de la respiration avec résonance incomplète au siège de l'opération, légèrement rétracté dans l'inspiration. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mars.)

Ce succès opératoire n'est pas une preuve de la guérison de la maladie. Quand elle récidive invinciblement à l'extérieur, comment espérer qu'elle s'arrêtera à l'intérieur? Prolonger la vie, en pareil cas, est l'unique bienfait à attendre de cette opération, au prix des plus grands dangers d'une mort immédiate. Il est donc probable que les chirurgiens prudents voudront rarement l'entreprendre et se borneront aux incisions des cavités suppurantes de cet organe. Voy. Empyème.

Dans une critique vive et judicieuse, le professeur Albert, de Vienne, dit que l'importance de pareilles opérations ne fait doute pour aucun de ceux qui admettent la résection de l'intestin contre les tumeurs malignes. Malheureusement, on sait trop que les résultats durables de pareilles tentatives ne sont que de rares exceptions. (*Wiener med. Press*, nos 27 et 28.)

*Études expérimentales sur l'extirpation du poumon.* Voici la statistique des opérations pratiquées par le docteur Biondi

sur des moutons, des chiens, des chats, etc., dont les résultats sont des plus favorables. Il les publie comme pouvant servir de base aux mêmes opérations sur l'homme et, par cette audace chirurgicale, elles seront le couronnement de l'œuvre.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Extirpation du poumon droit..... | 23 | Guérisons | 12 |
| Extirpation du poumon gauche..... | 34 | — | 18 |
| Extirpation des deux sommets..... | 3 | — | 3 |
| Extirpation du lobe moyen du poumon. | 1 | — | 1 |
| Extirpation du lobe inférieur d'un poumon..... | 1 | — | 1 |

Les insuccès doivent être attribués à des défauts de précautions antiseptiques. (*Correio medico.*)

**Chirurgie du rein.** Ses brillants succès sont énoncés de la manière suivante par le docteur Knowsley-Thornton : 15 cas personnels dont 4 néphrotomies, 3 néphrolithotomies et 8 néphrectomies. 14 opérés sont encore vivants, un seul est mort par extension d'une affection tuberculeuse à l'autre rein. (*Congrès de Copenhague.*)

Cette énumération trop sommaire ne permet guère d'apprécier la valeur de cette chirurgie et nous renvoyons à cet effet aux opérations s'y rapportant comme donnant des résultats plus précis.

**CHLORAL.** Une solution à 1 pour 100 d'eau est, suivant le docteur Périer, le meilleur désinfectant de la bouche et le plus agréable gargarisme. Sa vertu sédative calme les douleurs des plaies accidentelles ou chirurgicales communiquant avec la bouche. Les inflammations et les accidents de la dent de sagesse sont soulagés par des lavages ou des rinçages toutes les deux heures et surtout après l'ingestion d'aliments solides ou liquides, notamment de lait et de bouillon, dont les résidus se putréfient facilement. Les douleurs des gencives rouges, enflammées et des dents branlantes sont aussi heureusement atténuées. Elle facilite la cicatrisation rapide des ulcérations et des plaies et supprime l'odeur fétide de la suppuration. Le bien-être et la fraîcheur de la bouche en résultant font recourir spontanément à cette solution ceux qui l'ont une fois employée. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

*Antagonisme de la belladone.* Dans un empoisonnement r le chloral, pris *ad libitum* durant un accès de *delirum tremens* par un homme de quarante-quatre ans, complètement insensible, le docteur Booth d'Aberdeen, ayant la teinture de belladone sous la main, en donna une illerée à thé, pensant que son action sur la respiration ns les empoisonnements par la morphine pourrait être vorable. En peu de minutes, en effet, la respiration dent plus perceptible, ainsi que les battements du cœur et pouls; le réveil fut bientôt complet à l'aide d'excitations ternes. 20 gouttes de teinture furent encore données trois eures après contre le retour du sommeil et cet homme se établit parfaitement. Ce contre-poison pourrait donc être dministré en pareil cas, de préférence à la strychnine, omme plus actif et moins dangereux. (*Lancet,* 15 mars.)

**CHLOROSE.** *Elévation de la température interne.* Voy. FIÈVRE CHLOROTIQUE.

*Solution iodurée.* L'insuccès des préparations ferrugineuses en est la principale indication, d'après le docteur Trastour. En voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| R. Iode | 1 | gramme. |
| Iodure de potassium | 10 | — |
| Eau distillée | 300 | — |

Après dissolution, une cuillerée à café, dans une cuiller le fer, est mise dans un verre d'eau rougie que l'on prend n deux fois au moment des repas. Ce traitement continué deux ou trois mois, suspendu ensuite pendant le louble de temps et repris de mois en mois, réussit même lans la chlorose ménorrhagique et celle qui résulte de 'allaitement prolongé.

**CHOLÉRA.** Sa nouvelle apparition à Toulon le 14 juin ur un matelot du *Montebello* et le lendemain sur son camarade de chambre, ayant succombé tous les deux, a été onsidérée d'abord comme un accident sporadique et tout ocal, car ce navire n'avait pas servi depuis la guerre de Crimée. Mais un cas foudroyant se déclara au lycée dès le 21, et 3 décès ayant eu lieu le 22, l'alarme fut bientôt au comble t la fatale nouvelle se répandit aussitôt partout que le

choléra était en France. L'inspecteur général des services sanitaires, le docteur Fauvel, seul, ne s'effraya pas en concluant avec assurance, d'après la connaissance des faits et son expérience, que c'était là une épidémie locale, développée sur place, en raison de la chaleur et des mauvaises conditions sanitaires de Toulon et qui, tout en se communiquant, ne s'étendrait *probablement* pas. Comme il ne pouvait pas se transporter sur les lieux, en raison de son âge et de sa mauvaise santé, son adjoint, le docteur Proust et le professeur Brouardel y furent immédiatement envoyés. Arrivés le 23, ils rencontrèrent l'inspecteur général du service de santé de la marine, M. Rochard, déjà au courant de la situation par ses subordonnés. De l'enquête qui s'ensuivit résulta au contraire la conclusion que c'était bien là une épidémie de choléra asiatique, suivant l'opinion de tous les médecins civils et militaires qui l'observaient.

De là, trois opinions en présence, sur l'origine de cette épidémie. Le défenseur de la spontanéité et de l'unicité du choléra sous l'influence des constitutions médicales est toujours, en effet, malgré son grand âge, à son poste de combat à l'Académie de médecine. M. J. Guérin semble même avoir repris une nouvelle vigueur cette fois, en n'ayant plus en face son redoutable antagoniste, M. Fauvel, qui, de sa puissante autorité, rétorquait tous ses arguments théoriques par des faits et les écrasait d'un trait railleur ou dédaigneux. N'ayant plus que des jeunes à combattre à sa place, il s'est fait un jeu de les foudroyer avec ses grandes phrases, ses arguments ressassés des formes ébauchées de la diarrhée prémonitoire. Son assurance, appuyée sur son expérience et son décanat, s'est doublée de l'hésitation et de la déférence de ses contradicteurs. En vieillissant, l'ancien lutteur a oublié ses défaites académiques d'autrefois. En l'absence des Velpeau, Malgaigne, Depaul, Fauvel, Pasteur, ne trouvant plus personne pour les lui rappeler et rétorquer ses prétentions absolues, il reprend ses allures de Jupiter tonnant ou plutôt d'oracle pour répéter ses anciennes théories. Il en fait des lois démontrées par toutes les épidémies antérieures, et celle-ci leur donne un semblant de sanction par la simultanéité des cas au début sur des points opposés, l'existence de cas antérieurs à ceux que la commission d'enquête a reconnus.

l'hésitation des commissaires à se prononcer sur le caractère sporadique ou asiatique de la maladie et surtout par l'impossibilité matérielle de démontrer l'importation directe de cette dernière.

Un seul navire pouvait en effet être incriminé de l'avoir transmis, la *Sarthe* venant de Cochinchine où deux cas de choléra, dont un mortel, avaient éclaté à son bord le 1er avril. Mis aussitôt en quarantaine, ce navire est ensuite nettoyé, désinfecté par des grattages, des badigeonnages et des fumigations, puis renvoyé en France le 23 avril. Arrivé à Toulon, le 3 juin, sans un seul cas de choléra pendant sa traversée de quarante-cinq jours, il subit néanmoins une observation de trois jours. Il ne débarqua que le 7 juin en étant considéré comme tout à fait indemne. Mais un cas de choléra se manifesta à bord le 14 juin suivant, sans que son équipage eut communiqué avec la division où était le *Montebello*, atteint le même jour, quoique distant de 1000 mètres de la *Sarthe*. On a dit, il est vrai, que des soldats en allant à terre avaient bien pu contaminer la ville en vendant des objets; mais aucune de ces allégations n'a pu être précisée ni vérifiée. Rien ne montre mieux d'ailleurs l'incertitude de cette importation que l'événement d'un autre navire, le *Shamrock*, en partance de Toulon avec 1100 passagers au même moment. Un homme est pris de vomissements au moment de lever l'ancre. M. Brouardel, appelé à le voir, le trouve debout avec les signes d'une simple indigestion. Le départ est néanmoins suspendu par précaution et, dès le lendemain, un second cas de choléra avéré, puis un troisième éclatent à bord, qui firent aussitôt évacuer complètement ce navire.

La transmission de l'épidémie à Marseille par un élève licencié du lycée de Toulon, atteint aussitôt son arrivée et suivi bientôt d'autres cas, dans des maisons contiguës, éclatant simultanément et se terminant de même par la mort, achevèrent de confirmer la contagion. Aucune de ces personnes n'avait été en contact avec le collégien, mais il y avait à Marseille une foire aux fruits où s'étaient rendus quelques marchands qui avaient traversé Toulon. Le contact était donc très probable, tandis que, pour M. Rochard, le foyer non éteint de l'épidémie d'Egypte suffirait à justifier cette nouvelle invasion des bords de la Méditerranée. Le

rapport officiel de ces faits et la publicité qui leur a été donnée ont produit un émoi considérable, un effarement, une stupéfaction générale. A la Chambre comme dans les conseils du gouvernement, à l'Académie de médecine, au Conseil d'hygiène et de salubrité, au Conseil municipal même, ce ne fut bientôt, en présence de ces contradictions des hommes de l'art, qu'un tumulte confus et discordant d'opinions, de propositions, de projets et de mesures opposées et contradictoires, pour arrêter le fléau et éviter la contagion et la dissémination. A défaut d'un centre, d'une direction unique et autorisée de la santé publique, d'où partissent des ordres uniformes sur les moyens d'hygiène et de salubrité à employer, les mesures d'isolement et de désinfection à prendre, chacun s'est cru en droit et obligé d'intervenir à son corps défendant en s'isolant ou en fuyant pour se préserver plus sûrement. Spectacle étrange qui a montré le défaut d'unité d'organisation hygiénique et sanitaire de la santé publique en France, réclamée depuis si longtemps, notamment par le docteur Liouville, député, qui a proposé le projet de loi suivant :

Art. 1er. — Les divers services intérieurs d'hygiène et de salubrité publiques, actuellement répartis entre différents ministères, seront réunis dans une même direction.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique déterminera le ministère auquel cette direction sera rattachée, ainsi que l'organisation du personnel.

Art. 3. — Le gouvernement devra présenter, dans le plus bref délai, un projet de loi réglementant les mesures ordinaires d'hygiène et de salubrité publiques, ainsi que les mesures spéciales à prendre en cas d'épidémie.

Si le mode d'importation reste caché, le développement est encore plus obscur. De l'aveu de tous les médecins de Toulon, la santé générale, l'état sanitaire et climatérique étaient dans les conditions normales et ordinaires, lorsqu'il a éclaté d'une manière effrayante. On ne peut donc l'attribuer à la constitution médicale. Un seul médecin étranger, Dutrieux, a recueilli des cas antérieurs de diarrhée saisonnière et fourni ainsi un argument à cette doctrine. A Aie seulement, d'après le docteur Bourguet, l'état sanitaire était manifestement altéré lorsque le choléra s'y est répandu. C'est l'unique exception à la règle générale.

*Sa contagiosité* manifeste, évidente, marque au contraire son caractère asiatique. Il s'est transmis, répandu de proche en proche sur les traces des émigrants fuyant Toulon, puis Marseille, dans les localités voisines et dans les départements circonvoisins, où, dans nombre de cas, il a éclaté après l'arrivée d'une personne suspecte. Le premier cas indiscutable à Arles, par exemple, s'est déclaré d'emblée et sans diarrhée prémonitoire après l'arrivée, le 10 juillet, d'un nègre de Marseille, comme il s'était déclaré dans cette ville par l'arrivée du lycéen de Toulon. De même dans beaucoup d'autres lieux, et le docteur P. Gibier, envoyé par le ministre de l'intérieur dans l'arrondissement de Brignoles, a pu préciser ainsi l'invasion dans beaucoup de villages par l'arrivée d'un étranger. Un employé au service de la désinfection de Toulon, arrivant le 6 juillet à Brignoles, fut le premier atteint la nuit même dans cette ville. Des cholérines apparaissent bientôt dans les maisons voisines, et le choléra éclate le 18 en coïncidant avec l'arrivée d'un employé de chemin de fer, ayant été à Marseille quelques jours auparavant, et qui succomba la nuit même. (*Acad. de méd.*, 5 novembre.)

Il en fut de même dans les petits villages environnants du Val, de Correns, Néoulles, Bras, Flassans, Pignans, Vins, où l'on a pu suivre la contagion. A Sollièes-Pont, le choléra fut importé de Toulon par un Piémontais, arrivé le premier et mort six jours après, ainsi qu'une femme qui recevait fréquemment les visites de son fils de Toulon, comme l'a constaté le docteur Sirus-Pirondi. L'enquête dans ce canton a montré qu'il s'était répandu de même dans les autres localités, en y joignant les conditions d'insalubrité et de malpropreté qui existaient dans les villages, comme à Toulon même ; à Les Senès notamment, la première victime fut une jeune fille arrivant de Toulon dans ce petit hameau. Tous les habitants étaient diarrhéiques le 19 juillet. Une femme succombe le 20, après avoir lavé le linge de son fils habitant Toulon. 8 décès eurent ainsi lieu. Dès lors, la panique se répand et chacun s'enfuit. (*Idem*, octobre.)

L'Italie et l'Espagne, l'Algérie même, malgré la sévérité de leurs mesures quarantenaires, ont été envahies bientôt, dans les pays et dans les lieux les plus rapprochés du centre même où il avait éclaté. Gênes, Naples, ont été surtout cruellement

frappées, comme Valence et ses environs. Malgré la forme ordinairement bénigne du choléra, sa croissance passagère et sa décroissance rapide, cette extension est un démenti formel à sa nature sporadique, saisonnière, constitutionnelle. L'épidémie de 1884, quoique atténuée, sera donc rattachée comme les précédentes à une origine asiatique, et c'est à en prévenir l'importation en Europe que l'on doit s'attacher, à défaut de pouvoir détruire ce fléau sur place.

*Etiologie microbienne.* La confirmation du microbe, découvert par Koch il y a deux ans sur les cholériques d'Egypte, constaté ensuite dans l'Inde jusque dans l'eau de certains réservoirs, est la principale nouveauté de cette épidémie. Il a été rencontré, avec divers autres organismes, surtout dans les cas où la maladie s'est prolongée; on en trouve moins dans les cas plus rapides et il manque souvent dans les cas légers. Sur 18 intestins de cholériques examinés à Toulon par les docteurs Strauss et Roux, 11 ne contenaient pas de microbes, malgré un grand nombre de coupes.

C'est en effet dans la muqueuse intestinale que se rencontre le bacille en virgule dont M. Koch fait la cause spécifique du choléra. Sur 13 examens de selles caractéristiques, il y en avait un grand nombre dans 3 cas, quelques-uns seulement 4 fois, et dans les 5 autres il était absent. Les conditions favorables à son évidence sont très fugaces, d'après l'auteur, car il se trouve parfois à l'état de pureté dans la matière muqueuse qui tapisse l'intestin.

Sa constatation par M. Malassez dans les selles simplement diarrhéiques; dans un grand nombre de diarrhées de Cochinchine par le professeur Treille, de Rochefort; dans le mucus vaginal de leucorrhéiques et la sécrétion d'un utérus cancéreux, comme dans l'eau d'un réservoir, tendent à lui ôter tout caractère spécifique. L'eau du canal prise au robinet du laboratoire de physiologie, à l'École de médecine de Marseille, aussi bien que celle prise près de la source, examinée par une commission, contenait également des bacilles en virgule, d'après le docteur Livon. En expérimentant d'après la méthode de M. Koch, on est parvenu à établir une moyenne de 10 bacilles virgules par goutte d'eau de la Rose, soit environ 25,000 de ces microbes par mètre cube. (*Soc. de méd. de Marseille.*)

La découverte faite au Bengale, par la commission allemande, de la présence de ce bacille dans les petits lacs qui entourent les habitations où le choléra se montre à l'état endémique n'a donc pas une grande importance. Si l'eau de ces étangs est toujours souillée par les déjections des habitants, les lavages et les débris de toute sorte qu'elle reçoit, et sert ensuite aux usages domestiques, il n'en faut pas conclure qu'elle produise la maladie, car l'organisme ne se montre jamais dans l'estomac, d'après M. Koch; il est tué et détruit par les acides qu'il y rencontre. On dit même que le docteur Balfour a bu de cette eau, où le docteur Weir avait constaté le fameux bacille, sans en éprouver aucun effet.

L'expérience faite à Paris tout récemment, pendant que l'épidémie y régnait avec le plus d'intensité, par l'un de ces français intrépides ne reculant devant aucun danger, montre irréfutablement que ce microbe est sans action mortelle sur l'homme. M. Bochefontaine, chef du laboratoire du professeur Vulpian, a eu le courage de faire cette démonstration en ingérant par la bouche, sous forme pilulaire, 5 centimètres cubes du liquide séreux diarrhéique d'une cholérique dans la période algide, couchée dans le service de son maître. Ce liquide contenait un nombre prodigieux de vibrioniens de toute espèce, surtout des bactéridiens très courts et quelques rares bacilles en virgule. Incorporé dans de la poudre de lycopode et de la gomme, il en est résulté cinq grosses pilules molles qui ont été avalées successivement, en buvant dans l'intervalle un grand verre d'eau ordinaire en cinq fois.

Des phénomènes fébriles sont apparus deux heures et demie après, avec nausées, dysurie passagère, inappétence, constipation et convulsions fibrillaires des muscles du membre inférieur. Ces accidents ont à peine duré vingt-quatre heures sans laisser aucune trace. On ne peut donc pas dire qu'ils ressemblent aux phénomènes du choléra, puisqu'il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée, que le dégoût seul aurait bien pu déterminer.

Au contraire, la vingtième partie du même liquide séreux diarrhéique, inoculé sous la peau de quatre cobayes, a déterminé la mort immédiate chez trois; un centimètre cube inoculé à un chien n'a déterminé que des vomissements et

de la diarrhée pendant quelques heures. La résistance organique et vitale de l'homme, bien supérieure à celle de ces animaux, ne permet donc pas de lui assimiler le résultat des expériences que l'on multiplie tant chez eux. (*Acad. des sciences*, novembre.)

Tout le retentissement donné à cette découverte ne paraît pas devoir en éclairer beaucoup l'étiologie. Elle a d'ailleurs été à peine promulguée que des réclamations de priorité se sont produites de toutes parts. Briquet, le premier, aurait signalé un organisme microscopique de même apparence, sous le nom de *virgula cholerici*, dans un de ses rapports sur le choléra. Le docteur Hassall dit avoir signalé ces premiers vibrions dans son rapport de l'épidémie de 1854 en Angleterre, et, d'après le docteur Crudeli, Paccini l'aurait aussi découvert et signalé la même année en Italie. Il dit en effet dans la *Gazzetta medica italiana* de 1854 : qu'en examinant minutieusement les diverses parties du tube gastro-intestinal des cholériques morts dans l'algidité il s'est assuré que la lésion épithéliale est exclusivement couverte d'un organisme *simplicissimo e di estrema tenuità* qu'il appelle *microbio colerigeno*. (*Lancet*, 5 juillet.)

Les Portugais réclament la même priorité en faveur des professeurs Macedo Pinto et Costa Simoès, d'après un passage suivant d'un livre publié par eux en 1856, sur les lésions anatomiques du choléra. « Deux animalcules observés, doués de mouvements ondulatoires, offraient simplement la forme linéaire ou linéaire noueuse. Les premiers avaient 3800e de millimètres de long, et les seconds une longueur très variable du double à la moitié des premiers. (*Coimbra med.*, 1883.)

Le savant allemand n'a donc réussi à fixer l'attention cet égard que par son nom et ses travaux antérieurs. Il parlé et agi au moment favorable, *psychologique*, dirait son tout puissant protecteur; autrement, on n'eût pas songé faire d'un organisme aussi microscopique, instable et indéterminé, la cause unique et spécifique d'une maladie aussi terrible et uniforme que le choléra asiatique. Sa contagion étant indubitable, sa dissémination par l'air et sa contamination par les voies respiratoires sont probables, d'après M. Peter; suivant d'autres, son virus est plutôt chimique que vital. Sa contamination absolue par les eaux est ainsi

repoussée par M. L. Colin, comme par la plupart des observateurs non aveuglés par les doctrines régnantes lesquelles ne voient plus que microbes en tout et partout.

Le progrès n'étant pas dans la découverte de ce microbe comme agent virulent du choléra, aucune application thérapeutique efficace n'en pouvait résulter pour le combattre, l'annihiler ou le détruire. Aucun des désinfectants employés à cet effet n'a pu l'atteindre, et le traitement en est réduit comme avant à la médecine des symptômes.

D'où la conclusion que le bacille virgule est plutôt l'effet ou le résultat de la maladie que sa cause; sa rareté ou son absence dans certains cas tend à le prouver et surtout l'insuccès des inoculations tentées sur les animaux avec la culture pure de cet organisme dans la gélatine; ceux qui sont morts par l'inoculation des produits diarrhéiques pouvant être simplement empoisonnés. Les expériences de la commission internationale de Marseille contredisent formellement d'ailleurs son rôle infectieux spécifique. En se retrouvant dans la salive normale, ce bacille virgule ne peut être caractéristique du choléra. Ce qui est infectieux, d'après elle, ce n'est pas le micro-organisme, mais le sang du cholérique durant le premier jour. Les globules en sont en effet déformés, et si on l'emploie en injection intra-veineuse sur le lapin, la mort s'ensuit rapidement avec les lésions anatomiques du choléra. (*Acad. de méd.*)

*Propagation par les eaux.* Un physiologiste très positif, M. Marey, ne trouvant pas le secret du choléra dans le bacille en virgule, en a cherché la cause dans les eaux. Considérant qu'elles jouent un rôle prépondérant dans la transmission de ce fléau, d'après l'immunité considérable de ceux qui soignent et traitent les cholériques, comme la plupart de ceux qui vivent avec eux, il admet que c'est dans leurs déjections, leurs sueurs, leurs émanations que le germe subsiste. D'où le danger de la malpropreté des habitations où ils séjournent et du défaut de soins de leur corps, et l'inconvénient de répandre leurs déjections partout et de laver leur linge et leur literie sans désinfection préalable. Les blanchisseuses paient ainsi un plus lourd tribut aux épidémies que les infirmiers des hôpitaux.

L'infection des eaux potables par les déjections des ma-

lades est surtout visée par suite de la théorie que le choléra suit les cours d'eau. Leur contamination s'explique par l'habitude à la campagne d'y jeter les déjections cholériques et d'y laver le linge. Les fontaines et les puits peu profonds peuvent être ainsi souillés, surtout par les inondations à la suite des orages. D'une enquête minutieuse reposant sur des cartes topographiques, il résulte que partout où le choléra a sévi d'une manière excessive, on trouve à côté, en le cherchant bien, le fait de la contamination par l'eau d'alimentation. Les principaux faits sont pris à Londres et à Paris, à Beaune, à Meursault, à Gênes, à la Spezzia, 11 localités en tout, successivement ravagées par le choléra, et où le cours d'eau était souillé par les déjections des malades. Au contraire, des villes en plein pays envahi qui usent d'eaux de source restent indemnes. Les prisons, hospices, hôpitaux, couvents qui, comme établissements fermés, consomment des eaux spéciales et pures, sont respectés par l'épidémie, tandis que ceux qui reçoivent l'eau de canalisation deviennent des foyers redoutables d'infection.

L'observation du docteur Stassano dans la dernière épidémie de Gênes est surtout confirmative. Le choléra débuta dans une localité environnante, située sur un cours d'eau où l'on avait lavé le linge d'individus arrivés de Toulon et où l'on continua à laver le linge des victimes. Or, la prise d'eau du canal Nicolaï, qui fournit les 40/100e de l'eau consommée à Gênes, vient de cette rivière, tandis que le reste est fourni par l'aqueduc Galliera, dont l'eau est de bonne qualité. L'enquête a montré que le nombre des cholériques buvant l'eau du canal a été dans la proportion de 92 0/0. Deux maisons situées en face en ont surtout fourni la démonstration. Celle qui recevait l'eau du canal est devenue un foyer d'infection cholérique, tandis que l'autre, recevant l'eau Galliera, est restée indenme. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Le navire *Ville de Palerme* a offert un autre exemple frappant de cette contamination par l'eau. En station à Marseille pendant la plus grande intensité du choléra, il n'avait fait usage que de l'eau dont il avait rempli ses réservoirs à Gibraltar avant d'arriver, sans avoir eu un seul malade à bord. Il renouvela sa provision d'eau en quittant Marseille et aussitôt le choléra éclata parmi l'équipage faisant usage de cette nouvelle eau; celui-ci ne cessa qu'en la

supprimant et en la remplaçant par de l'eau bouillie légèrement alcoolisée. (*Idem*, 9 décembre.)

Cette influence de l'eau sur le choléra est d'ailleurs évidente jusque dans son foyer d'origine. A Calcutta, ville de 1 100 000 âmes, où il est endémique, il est toujours à son minimum dans la saison humide. Ce fait résulte des statistiques de dix années faites dans cette ville par le docteur F. Roux, ancien médecin du gouvernement français à Chandernagor. Depuis que les ingénieurs anglais sont parvenus à fournir toutes les maisons d'eau filtrée en abondance et ont supprimé les puits et les étangs, le fléau a diminué considérablement. En 1877, un accident arrivé aux réservoirs ayant privé la population d'eau filtrée, le choléra reprit aussitôt sa marche ascendante pour diminuer dès qu'elle fut rendue à la population. Preuve de son action directe.

Une vive impression est résultée de la relation saisissante de ces faits si frappants, surtout en les rapprochant des cas de fièvre typhoïde attribués à la même cause l'année dernière. De là une redoutable levée de boucliers contre les eaux de la Seine et ses impuretés. (Voy. Eaux.) Et cependant le corps spécifique du délit n'est démontré nulle part. Comme pour la contagion immédiate des personnes entre elles, on peut toujours invoquer des faits contradictoires opposés aux premiers. L'influence de l'eau altérée de la Seine au nord pouvait être ainsi regardée comme la cause de l'épidémie locale de Saint-Ouen et d'Aubervilliers. La limitation exacte de celle-ci, où, sur 10 personnes atteintes dans trois maisons différentes, il en succomba 5, contredit cette interprétation. Ces trois maisons étaient situées sur la rive gauche de la route de Flandre, tandis que les habitants de la rive droite, usant de la même eau et dans les mêmes conditions d'insalubrité, restèrent indemnes, d'après le rapport de M. Dujardin Beaumetz. Ce fut là une simple épidémie de maison. (*Idem.*)

Malgré ces observations précises, rigoureuses, l'étiologie positive reste donc une énigme, aujourd'hui comme autrefois. Tout est contradictoire à cet égard, chacun combattant exclusivement en faveur d'une cause spécifique, tandis que, d'après les faits, toutes celles invoquées paraissent agir séparément ou à la fois. En débutant en France sans importation déterminée, l'épidémie de 1884 rend son origine encore

plus obscure que les précédentes. L'absence d'une constitution médicale particulière, de diarrhées saisonnières, ne permet de la rattacher positivement à cette cause que dans quelques localités comme Aix. On peut donc invoquer une simple coïncidence. Tandis qu'en se répandant de proche en proche dans le Midi, où des exemples bien authentiques de contagion évidente sont relevés plus haut à Marseille et ailleurs, on est autorisé logiquement à admettre ce mode de transmission comme la règle. Elle s'impose surtout après l'explosion soudaine et locale de l'asile de Breteuil à Paris où sur 217 vieillards 71 ont succombé : 47 hommes et 24 femmes, dont 2 religieuses. Le fait analogue de Lyon est encore plus démonstratif, d'après le docteur F. Garnier. Sur 300 vieillards des deux sexes par égale portion, réunis dans cet asile des petites sœurs des pauvres de la Villette avec 26 sœurs hospitalières, 94 tombaient subitement malades le 1er juillet et se trouvaient à l'infirmerie avec les mêmes symptômes : coliques, diarrhée e vomissements. Rien n'avait été changé dans la nourritur ni dans les habitudes de la maison, que le passage simu tané de quatre sœurs mères venant de Naples, d'Alger de Toulon. L'une même était alitée avec 11 des sœurs ma lades; mais celle qui venait de Toulon, ayant eu quat de ses compagnes mortes du choléra, n'avait que pas la nuit, de dix heures du soir à sept heures du matin, e partant aussitôt pour la Bretagne, et était très bien po tante. Son contact avec les sœurs avait donc été le plu long, et ce fait seul pouvait expliquer l'atteinte de 11 c celles-ci et ensuite des pensionnaires.

Il est encore vrai que dans les cas où la contagion n'a p être positivement démontrée, une insalubrité grossière, cho quante s'est révélée par la malpropreté des lieux, l'altéra tion des eaux ou la saleté repoussante des habitants, comm à Toulon, Naples, Yport. A cette nouvelle cause, et à la mi sère, la débauche et le vice qui s'y joignent si souvent, a ét attribuée l'origine spontanée du choléra, s'épuisant parfoi sur place en certains endroits, comme dans la forme spora dique; mais pouvant aussi se répandre par contiguité plutô que par contagion, quand il s'y rencontrait des élément semblables ou analogues. De grandes villes ont ainsi ét envahies par le voisinage de petits villages infectés, comm

Yport. C'est aussi dans les quartiers les plus pauvres, les rues et les maisons les plus sales qu'il a sévi à Paris et la banlieue. La proportion des décès, de 12, 91 dans les quartiers de la rue Sainte-Marguerite, des Quinze-Vingts et du pont de Flandre, n'a été ainsi que de 0,40 à 1 pour 10,000 habitants dans les arrondissements VIII et IX. Comme à Arles, où le docteur Queirel a constaté que la cause principale de la contagion était surtout le mépris de l'hygiène, le maire du IIIe arrondissement de Paris a signalé que 9 décès ayant eu lieu dans la rue de Picardie, cette intensité exceptionnelle pouvait provenir des revendeurs de vieux vêtements qui s'y rencontrent en grand nombre. D'où l'indication de désinfecter préalablement les vieux habits et les chiffons avant de les mettre en vente.

Il faut même se demander si Paris n'a pas été envahi de cette manière par la petite épidémie locale de la porte de la Villette et le défaut d'isolement et de précautions rigoureuses à cet égard. Si des 40 décès cholériques constatés dans la capitale du 26 juin au 14 octobre, tous étaient des cas isolés sans trace de contage, il ne faut pas oublier que simultanément le choléra sévissait épidémiquement à Aubervilliers et à Saint-Ouen, où les derniers décès avaient lieu le 15 octobre. Or, c'est le 4 novembre que le premier fait de choléra épidémique éclata à Paris. Est-il donc impossible de le rattacher aux cas précédents séparés de vingt jours à peine? Le fait est d'autant moins improbable qu'il apparut ici sur un garçon de lavoir du faubourg Saint-Antoine, situé du même côté, et où l'épidémie se concentra. Les chiffonniers atteints ensuite pouvaient bien aussi avoir été par là. Toujours est-il que cette épidémie, restée locale et bénigne comme à Aubervilliers, n'a pas atteint plus de mille personnes, journaliers et domestiques en majorité, puis des blanchisseurs, cordonniers, couturières, chiffonniers, dont un peu plus de la moitié ont succombé, soit de 52 à 53 pour 100.

A la manière insidieuse dont elle s'est comportée partout, cette épidémie est un démenti éclatant à toutes les doctrines exclusives. Les deux principales, les plus accréditées et opposées : contagion et spontanéité, en sont les plus atteintes. La première est confondue par le défaut de preuves d'importation, l'insuccès des quarantaines maritimes en

Algérie, Espagne et Italie, la faible intensité du fléau ici et là, et son peu de durée en s'éteignant sur place. D'où le triomphe apparent de M. J. Guérin, son principal adversaire. Mais la seconde qu'il défend est encore plus menacée par les faits incontestables de contagion qu'il ne peut plus nier par leur évidence même. Aussi est-ce l'objection capitale faite par M. Rochard à son système. En admettant la contagion, malgré toutes ses atténuations habituelles, il eut été forcé de se rendre et de capituler devant son contradicteur Fauvel, s'il eût pu lui répondre. La contagion évidente ruine, supprime toute spontanéité théorique supposée; elle n'a plus de raison d'être quand la première est démontrée. Un fait positif est supérieur au fait négatif.

*Lésions anatomiques.* Ne pouvant découvrir la cause spécifique, les observateurs se sont mis à rechercher les altérations produites par le choléra. Les docteurs Nicati e Rietsch ont constaté notamment la distension de la vési cule biliaire dans leurs autopsies à l'hôpital du Pharo d Marseille. Les conduits cystique, cholédoque et hépatiqu étaient également distendus. Tous les malades morts e réaction présentaient ces lésions, coïncidant avec des selle sanguinolentes, des épistaxis, et le coma final. L'intensité d ces signes pendant la vie, ou plutôt l'agonie, est toujou proportionnée à celle des lésions. L'abondance de l'uré dans le sang, sa diminution dans l'urine, déjà signalée, o été confirmées dans ces cas, ainsi que l'absence de la ma tière glycogène dans le foie, comme dans l'ictère grave. L diminution du poids du foie a été notée aussi avec l'appa rence ictérique pendant la vie et les hémorrhagies mult ples, le délire, le coma, qui ont tant d'analogie avec l'ictèr grave dans la période de réaction, sauf l'élévation de l température. (*Semaine méd.*)

*Sels biliaires du sang.* Par suite des constatations précé dentes, le sang du cœur et des gros vaisseaux de quatr cholériques morts à l'hôpital Saint-Louis ayant été exa miné par M. Pouchet, il a remarqué chaque fois la pr sence d'une quantité notable de sels biliaires, de même qu dans l'urine trouvée dans la vessie.

Les déjections présentaient, au contraire, une réaction fo

tement alcaline et renfermaient une substance liquide huileuse s'oxydant très facilement et aussi toxique qu'une ptomaïne. (*Acad. des sciences*, novembre.)

*Prévention et traitement.* Subordonnées à la cause même du choléra, ces questions ont été le plus vivement agitées contradictoirement. Un moment on a cru qu'il suffirait de se prémunir contre le fameux bacille en virgule par l'isolement, les désinfectants ou les antiseptiques, mais aussitôt la division s'est élevée sur les moyens à employer : la sécheresse ou l'humidité, M. Koch affirmant que l'eau est le véhicule le plus favorable à la pullulation de ce microbe. Tous les moyens d'assainissement et de propreté étaient ainsi mis en suspicion, excepté la désinfection par le soufre brûlé. (Voy. DÉSINFECTANTS.)

Aussi bien les cordons sanitaires terrestres ont-ils été mis hors de cause par l'administration française, conformément à l'avis formulé à la conférence de Vienne, en raison de leurs difficultés et leur insuffisance. L'isolement des lieux envahis est pourtant le moyen de préservation le plus rationnel à suivre, d'après la doctrine de la contagion. Fermer les voies de mer et ouvrir celles de terre, plus faciles pour les fuyards et les peureux, c'est ne rien faire du tout.

Ils ont été remplacés par la présence d'un médecin aux principales gares d'arrivée des chemins de fer venant des lieux envahis, pour surveiller les arrivants, examiner les suspects et consigner les malades ou les convalescents au besoin. N'eût-il pas été plus rationnel, comme mesure de salut public, de donner avis aux communes indemnes, par l'organe de leurs maires, qu'aucun habitant n'eut à recevoir un émigrant des lieux infectés, ni de s'y rendre, sans en faire la déclaration préalable ou immédiate à la mairie, sous peine d'amende. Ce serait un moyen prophylactique plus sûr et, en cas de contagion, de pouvoir la constater sûrement.

Sans ces précautions générales, on peut prédire que le système des quarantaines tombera bientôt en désuétude, en ne se montrant pas plus efficace à l'avenir qu'il ne l'a été cette année pour les États qu'il était surtout destiné à défendre. Les quarantaines terrestres des cantons frontières de la Suisse se sont montrées plus efficaces, puisqu'ils sont restés indemnes. Le plus sûr moyen de préservation pour

chacun est de suivre toutes les mesures générales d'une bonne hygiène personnelle, en s'isolant des foyers et des individus contaminés.

Aucun progrès bien marqué n'a eu lieu dans le traitement, malgré ses modifications. Différents remèdes ont bien été proposés pour détruire le microbe, mais aucun n'a pu l'atteindre. Les médecins sont toujours les plus embarrassés pour combattre efficacement le redoutable fléau ; les ignorants, les industriels ou les charlatans, possèdent seuls le secret de le guérir à coup sûr. Une quantité innombrable de remèdes ont été adressés à cet effet aux Académies des sciences et de médecine, surtout en vue du prix de 100 mille francs à gagner par quiconque découvrira le remède. Mais de ces centaines de remèdes, examinés par des commissaires compétents, aucun n'ayant été signalé comme spécifique, il suffira d'indiquer ceux qui, en dehors des moyens connus : l'opium, l'élixir parégorique, l'alcool, ont le mieux réussi.

Beaucoup de parasiticides ont été administrés à l'intérieur sans résultats très évidents, le mercure notamment

Le *sulfure noir* a été employé au début par le professeur Hayem, à la dose d'un gramme d'heure en heure, pour arrêter la diarrhée prémonitoire. Le salicylate de bismuth préconisé par M. Vulpian lui a également réussi, de 1 à 10 grammes par jour.

D'après l'emploi du *calomel* en Angleterre et son action cholalogue, le docteur Bonamy, de Nantes, le préconise aussi Mais pour ménager les voies gastro-intestinales, il préfère employer l'onguent napolitain à l'extérieur en frictions ou onctions mercurielles à haute dose. Il se transforme par les chlorures alcalins organisés en sublimé, le plus puissant désinfectant.... aujourd'hui. (*Bull. de thérap.*, septembre.

Le *bi-iodure* a été aussi proposé comme antiseptique quoique resté sans action dans les épidémies de 1849 et 1855. L'efficacité du mercure sur le choléra n'est d'ailleurs rien moins que probable, car les syphilitiques en traitement n'ont jamais joui d'aucune immunité ; au contraire, ils sont moins épargnés que le reste de la population. Ce fait est confirmé à l'hôpital Cochin où tous les syphilitiques apportés des hôpitaux du Midi ou de Lourcine avec la fièvre typhoïde meurent presque invariablement, en présentant tous des

formes graves, d'après M. Bucquoy. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juillet.)

Le *tannin* vient ensuite. En constatant que les principales, sinon les seules lésions du choléra asiatique, sont les desquamations épithéliales abondantes et généralisées des muqueuses et des séreuses trouvées jusque sur les vaisseaux de l'intestin, sinon les capillaires et la couche profonde de l'épiderme produisant l'enduit visqueux ou poisseux de la surface de la peau comme du sang, le docteur Duboué, de Pau, propose de les prévenir ou de les diminuer par des injections à haute dose de tannin, dont nous avons montré l'innocuité à haute dose dans l'anasarque albumineuse, dès 1859. Il conseille aux personnes exposées à la contagion de le prendre préventivement à la dose de 25 centigrammes avant chacun des deux principaux repas; de tripler et quadrupler cette dose en cas de diarrhée en temps de choléra, et, après l'invasion de celui-ci, de pratiquer d'abondantes injections d'un sérum artificiel contenant 1 gramme de tannin pur par litre. Les expériences à plus haute dose sur les chiens n'ont amené aucun accident. Le tannin, en potion de 4 à 8 grammes par jour, comme nous l'avons administré à un jeune enfant qui a été guéri, devrait en outre être pris à l'intérieur. (*Acad. de méd.* et *Bull. de thérap.*, octobre.)

C'est comme anticathartique et antiseptique que le docteur Rabuteau recommande l'usage de toutes les substances contenant du tannin contre la diarrhée prémonitoire. Après un purgatif comme le sulfo-phénate de soude, le tannate d'albumine, de bismuth ou de magnésie lui semble avantageux, comme le vin de cachou et le café. Il se fonde à cet égard sur ce que les tanneurs du bord de la Bièvre à Paris sont restés indemnes du choléra. Il s'agirait de vérifier le fait sur les bords de l'Agoût, à Castres, également garni de tanneurs. (*Soc. de biologie.*)

En pareil cas, l'intolérance de l'estomac et les vomissements ont fait recourir de préférence à la voie externe pour les médicaments actifs. N'étant pas absorbés souvent lorsqu'ils sont gardés, ils s'emmagasinent en produisant des symptômes d'empoisonnement s'il y a réaction. Les inhalations et les injections sous la peau ou dans les veines ont ainsi été préférées. Des inhalations d'oxygène et d'air ozo-

nisé ont été pratiquées à Toulon sans grand succès; M. Troncin a même eu recours à l'électricité. Les injections hypodermiques de morphine ont souvent remplacé l'opium avec avantage contre la diarrhée, les vomissements et surtout les crampes.

Celles d'*atropine* ont aussi réussi à M. Rochard dans la forme asphyxique. Les mauvais effets de l'opium et de la morphine les ont fait essayer au docteur Cunéo comme antagonistes. Un demi-milligramme de sulfate d'atropine au double, injecté quatre à cinq fois par jour au creux épigastrique, a augmenté après quelques minutes la fréquence et l'énergie des battements du cœur et du pouls, avec élévation de 2 degrés de la température.

La réaction en est manifestement favorisée, surtout par l'usage du punch au thé, la chartreuse glacée, les potions éthérées ou à l'acétate d'ammoniaque à haute dose. Une cuillerée à café de celui-ci peut être simplement ajoutée à la boisson. Les inhalations intermittentes d'oxygène pur, pendant une ou deux minutes, ont surtout produit de véritables résurrections... momentanées. Néanmoins 6 malades ont guéri définitivement. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

Celles d'*éther* et de *chlorhydrate d'ammoniaque* ont donné les meilleurs résultats contre l'algidité et le collapsus. Plusieurs seringuées de Pravaz, d'un gramme chacune, se font ainsi facilement et sans danger.

Les *injections intra-veineuses* au pli du coude, faites dans un but curatif pour rendre au sang sa fluidité, ont été les plus expérimentées, d'après l'ancien succès de Lorain. Ayant prolongé la vie de plusieurs jours dans quelques cas, entre les mains de M. Dujardin-Beaumetz, elles ont été employées à l'hôpital du Pharo (de Marseille) par le professeur Nicolas Duranty avec la solution suivante proposée par M. Hayem :

| | | |
|---|---|---|
| Eau..... | 1000 | grammes. |
| Chlorure de sodium..... | 5 | — |
| Hydrate de sodium..... | 1 | — |
| Sulfate de soude..... | 25 | — |

Quatre à cinq cents centimètres cubes chaque fois. Sur 6 hommes ainsi traités, dans une situation désespérée, un seul a succombé immédiatement. Les autres ont éprouvé une véritable résurrection. Le pouls s'est rétabli ainsi que la

›n; la cyanose disparaissait, de même que la tran-
visqueuse avec augmentation de la chaleur; à la
uccédait une sensation de bien-être. Mais cette amé-
ne persiste pas longtemps et les transfusés n'ont
à succomber. Le docteur Trastour n'a pas été plus
(*Acad. de méd.*, et *Bull. de thérap.*, septembre.)
ces insuccès, les résultats immédiats sont si frap-
r une amélioration évidente que tous les médecins
›ployé ces injections sont d'avis d'y revenir. Chargé
ission dans l'Ardèche, le docteur Bouveret, devant
ation réelle qu'il a observée à la suite de l'opéra-
seille de la tenter dans les cas les plus désespérés,
ıt une injection copieuse et en la renouvelant quel-
res après. Il est convaincu que l'une des malades
ɜût succombé s'il n'eût recommencé l'injection.
*d.*, novembre.)
›fesseur Hayem a été plus heureux à Paris, en
nt tout d'abord deux litres à deux litres et demi
ıtion suivante, à une température moyenne de 38°,
›difiée comme ayant moins d'action sur les glo-

| | |
|---|---|
| Eau distillée..... | 1 litre. |
| Chlorure de sodium..... | 5 gr. |
| Sulfate de soude..... | 10 gr. |

usée en une moyenne de 12 à 15 minutes à une
de cholériques, elle a donné des résultats diffé-
ı ont été mauvais chez les alcooliques, les individus
déprimés par la misère. Après une réaction incom-
ı tombaient dans une ataxo-adynamie rapidement
. Cette transfusion a aussi échoué chez les cholé-
n algidité profonde, la réaction étant nulle ou
ɜte. Mais il en a été autrement chez les malades
t d'une bonne santé habituelle. En quelques minu-
réaction franche s'est établie par une chaleur péri-
ɜ, la cessation des crampes et le sommeil. Au réveil,
des étaient en convalescence. 25 succès ont ainsi
dont 20 guérisons, les autres conservant encore un
hoïde inquiétant. Tous les cholériques non trans-
ant succombé, cette opération, d'une innocuité par-
mble donc avoir agi favorablement. (*Acad. de méd.*,
re.)

D'après ces résultats encourageants, s'ils se confirment, c'est donc aux injections salines abondantes, à la manière de Thomas Latta employant avec succès six litres plusieurs fois renouvelés, qu'il faudrait en revenir. Déjà M. Hayem n'a pas craint de les répéter. Mais ses observations, jusqu'ici inédites, ne permettent pas d'en préciser la dose.

A ces divers moyens, le docteur Lereboullet conseille d'ajouter la poudre d'iodoforme sous forme pilulaire, contre la reproduction du microbe cholérigène, les inhalations de nitrite d'amyle dans l'état algide, ajoutées à celles d'éther pratiquées coup sur coup, et les transfusions abondantes fréquemment répétées quand l'absorption paraît entravée. (*Gaz. hebdomad.*, nos 35, 36 et 37.)

Le *froid*, avec le sac à glace spinal, a été aussi appliqué par le docteur Chapman à l'hôpital de la Charité dans le service du professeur Péter. Ces applications, dans les 12 cas signalés, eurent un effet très sensible et rapide sur la cessation des vomissements, des crampes, de la diarrhée, et même de la cyanose avec réapparition de la chaleur, du pouls et des urines. L'action était évidente parce que, si l'on cessait l'emploi de la glace ou si l'on se relâchait par inadvertance, les symptômes reparaissaient aussitôt. Dix des cholériques ainsi traités ont guéri, deux sont morts, malgré la sédation des accidents, mais l'un était gastralgique et l'autre alcoolique. (*Gaz. hebdom.*, n° 50.)

**CHORÉE.** *Chloral.* Une jeune fille de dix-huit ans, après des douleurs de dents, fut atteinte de chorée intense comme le fait a déjà été signalé. La morphine et l'arsenic furent administrés pendant deux semaines sans résultat. Le docteur Mosler donna alors un gramme et demi de chloral, quatre fois par jour. Un profond sommeil en résulta aussitôt, et, en diminuant graduellement d'une dose chaque jour, les mouvements choréiques avaient cessé en une semaine.

*Suggestion hypnotique.* Parmi les troubles nerveux guéris par ce moyen, le professeur Bernheim a rapporté deux cas de chorée très concluants. Un garçon de quinze ans,

bien constitué et bien portant, était atteint de mouvements choréiques si désordonnés qu'il fut obligé d'interrompre ses études. Il ne pouvait tracer aucun caractère sur le papier, et les moyens employés étaient restés infructueux. Deux séances de suggestion, pratiquées le même jour à quelques minutes d'intervalle en lui persuadant, pendant son sommeil, qu'il pourrait écrire facilement, le guérirent. Il écrivit dès le second réveil aussi bien qu'auparavant, comme les différents modèles comparés d'écriture avant, pendant et après, en sont la preuve. Un mois après, la guérison persistait.

Une fille de quinze ans, atteinte de chorée généralisée, fut guérie pendant quinze jours par des bains sulfureux. Une récidive entraînant de grands troubles de l'écriture, elle fut suggestionnée pendant son sommeil et la guérison fut complète dès la seconde séance, comme dans le cas précédent.

Un succès analogue a été obtenu par M. Beaunis chez une fille de douze ans et demi dont le père et le grand-père sont alcooliques. Une attaque de chorée généralisée très intense survint, à la suite d'une frayeur, à quatre ans et demi. Elle dura trois mois et céda aux douches froides. Récidive à sept ans et demi pendant sept semaines et qui cède aux mêmes moyens. Troisième attaque localisée à droite à neuf ans, puis quatrième deux ans après, du même côté, disparaissant spontanément. A douze ans, attaques très violentes de six à sept par jour, à la fin de mars 1884. Deux accès violents survenus le 30 mai au matin sont combattus par l'hypnotisme; et les séances, se continuant jusqu'au 9 juin, amènent une amélioration marquée. Des frayeurs ramènent les accès qui empêchent absolument d'écrire. Des modèles d'écriture pris avant, pendant et après le sommeil hypnotique, montrent une grande amélioration par ce moyen. (*Société de méd. de Nancy*, 26 juin, et *Congrès de Blois*, 8 septembre.)

**Chorée respiratoire.** Voy. Dyspnée.

**CIRRHOSES.** Ces scléroses du foie, limitées au tissu interstitiel ou à la cellule hépatique, paraissent devoir se multiplier à l'infini, d'après les causes encore mal connues qui

les produisent. En agissant spécialement et d'une manière opposée sur ses éléments anatomiques, elles peuvent bien en amener séparément l'hypertrophie ou l'atrophie, qui forment les deux grandes classes de ces scléroses. Mais leur action est le plus souvent simultanée et, au lieu de ces deux lésions bien distinctes par leur opposition même du volume qu'elles entraînent, il en résulte uniformément ou partiellement ici ou là des états mixtes de l'organe, en plus ou en moins, qui rendent le diagnostic des plus obscurs et des plus difficiles. D'où la grande classe des cirrhoses mixtes où viennent se placer tous les cas incertains. C'est la grande ressource des cliniciens qui les subdivisent alors selon leurs causes productrices, du moins en apparence. Sous cette division si simple et claire, il se cache ainsi une foule d'obscurités embarrassantes pour le praticien.

Sous le nom de *cirrhoses paludo-alcooliques*, le docteur Véron désigne un processus scléro-parenchymateux du foie produit par le paludisme d'une part et l'alcoolisme de l'autre. Les symptômes participent de la cirrhose atrophique et hypertrophique à la fois, comme quatre observations, suivies d'autopsie, faites en Algérie, le démontrent. Que l'une ou l'autre de ces causes soit plus ou moins prédominante, ancienne ou récente, et l'on prévoit autant de modifications dans l'état anatomo-pathologique de l'organe et les symptômes en résultant.

L'ascite est constante, mais limitée à 2, 3 ou 4 litres d'un liquide très coloré par les acides biliaires. Il diffère ainsi essentiellement du sérum abondant, clair et citrin, de la cirrhose atrophique. De même de l'ictère variant depuis la teinte subictérique jusqu'à la coloration vert olive. Sans être aussi foncé que dans la cirrhose hypertrophique, il exclut l'atrophie pure où il manque. La vascularisation veineuse est également plus mitigée que dans la première, mais suffisante pour la distinguer de la seconde. La région hépatique est empâtée et plus douloureuse que dans les deux autres formes. La rate est augmentée et douloureuse à la pression, surtout si le paludisme est antérieur et prédominant. Les hémorrhagies manquent d'ordinaire, mais les troubles digestifs sont communs, comme dans les deux autres formes.

Elle se distingue par sa marche aiguë, se terminant fatale-

ment en quelques mois. Après la perte de l'appétit, langue mauvaise, parfois des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation et une douleur sourde dans l'hypocondre droit, l'ictère apparaît de plus en plus intense avec augmentation du volume du foie, un peu d'ascite, de la diarrhée et l'amaigrissement croissant jusqu'à la cachexie et la mort.

Les lésions anatomiques sont associées comme les symptômes qu'elles engendrent et le diagnostic différentiel, facile à établir dans l'hypertrophie ou l'atrophie typiques, est surtout difficile avec les autres affections hépatiques et notamment le carcinome. Le pronostic en est toujours grave, surtout en l'absence d'accès fébriles contre lesquels la quinine peut seule avoir encore une action salutaire. L'intoxication alcoolique ne se guérit pas, ni la sclérose en résultant. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

*Signe de l'oblitération du réseau porte.* C'est la présence du sucre dans les liquides épanchés, la glucose absorbée à la surface de l'intestin ne pouvant s'accumuler dans le foie sous forme de glycogène. La glucose doit passer sans modification dans la circulation générale par les veines anastomotiques, dès que le malade ingère une certaine quantité de matières sucrées. L'expérience a démontré la justesse de cette prévision de MM. Colrat et Couturier. M. le docteur Arnozan a en effet constaté la présence du sucre dans le liquide ascitique d'un malade atteint de cirrhose du foie, placé dans le service du professeur Pitres. Dans deux ponctions séparées, le liquide était manifestement sucré, bien que le malade ne fût pas glycosurique.

En confirmant l'observation antérieure de Quincke qui, à quatre reprises différentes, a constaté du sucre dans l'ascite d'un cirrhotique, légèrement glycosurique il est vrai, ce fait est plus concluant. Le sérum du sang veineux porte doit être riche en glucose, dès que l'alimentation est féculente ou sucrée. Et comme l'ascite se forme à ses dépens, le liquide épanché doit être plus ou moins sucré. Il est donc intéressant de savoir que dans le cours d'une cirrhose, où la destruction progressive du foie entraîne très probablement de l'hypoglycémie, il peut cependant se rencontrer de la glucose dans les épanchements consécutifs. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Les recherches de Rosenbach tendent à démontrer que, contrairement à l'opinion adoptée, le sucre se rencontre constamment et en proportions souvent considérables dans les épanchements séreux ; cette proportion atteint 1/10, 1/8, quelquefois 1/5. Il analysait généralement la sérosité des hydropisies sous-cutanées ; à l'occasion, des ascites ou des hydrothorax. La constatation du sucre par le réactif de Trommer, la liqueur de Fehling ou la potasse, est d'autant plus facile que la sérosité est moins colorée. La réaction doit être essayée sans trop tarder, le sucre disparaissant quelquefois assez rapidement par fermentation. L'adjonction de substances antifermentescibles aux liquides supprime cette cause d'erreur. Dans presque toutes ses observations, l'urine a été également examinée au point de vue du sucre, et les constatations ont toujours été négatives. Les globules de la lymphe sont constamment chargés de sucre ; le rôle joué par cette humeur dans toute inflammation explique les résultats obtenus par l'expérimentateur. (*Bresl. ærzt. zetschr.*, 1882, n° 5, et *Paris méd.*)

**COCAINE.** Alcaloïde de la coca du Pérou, plante nouvellement importée en Europe avec une tradition quelque peu mystérieuse ou magique sur son action et ses effets, à l'exemple de plusieurs autres plantes venues du Nouveau monde. Les Indiens en mâchent la feuille par goût et par besoin pour s'exciter avant d'entreprendre un travail pénible. Elle leur permettrait ainsi de supporter la faim pendant de longs voyages. Ses effets sur le système nerveux sont des plus surprenants. La mastication de 7 à 8 grammes de feuilles de coca, d'après Mantegazza, produirait une sorte d'ivresse avec rêves fantastiques et sentiment de béatitude, une salivation abondante ; action névrostimulante pouvant aller jusqu'à la convulsion en augmentant la dose, pour aboutir à la débilitation générale du système musculaire, à l'affaiblissement des actions réflexes et des facultés cérébrales. Ce *cocaïsme* des Indiens ressemble donc assez aux effets du haschich et du tabac ou nicotisme trop bien connu en Europe. De là les diverses préparations de cette plante, usitées aujourd'hui, le vin et l'élixir notamment, dont les effets stimulants sur le système nerveux et musculaire ensuite sont bien appréciés des praticiens.

Une autre propriété particulière de ces feuilles est de produire l'insensibilité de la langue, de la gorge et probablement de l'estomac. Les laryngologistes ont employé déjà depuis longtemps la teinture de coca pour anesthésier le pharynx et les cordes vocales; on explique de cette manière aujourd'hui que la mastication des feuilles ait pu faire supporter la faim en anesthésiant les extrémités de la muqueuse de l'estomac, d'après la découverte des propriétés anesthésiques de l'alcaloïde sur toutes les muqueuses.

Cet alcaloïde, extrait par Neumann de la coca en 1855, a pour formule $C^{17} H^{21} NO^{4}$. Il est cristallisable, mais peu soluble dans l'eau, excepté l'un de ses sels, le chlorhydrate de cocaïne, parfaitement soluble. Son action physiologique est multiple. Il agit d'abord comme stimulant du système nerveux central qu'il excite ensuite et stupéfie à doses plus élevées. Les battements du cœur, la pression sanguine, le nombre des respirations sont augmentés, puis diminués. L'urée est augmentée. Localement, il agit sur les muqueuses en paralysant les extrémités nerveuses. La pupille en est dilatée.

Ses applications thérapeutiques s'étaient bornées à remplacer la coca comme anesthésique de la gorge. D'après cet effet anesthésiant local, il ne s'agissait que d'en étendre l'action à d'autres muqueuses. C'est ce que par induction sans doute, un médecin autrichien, le docteur Koller, de Vienne, eut le bonheur de tenter sur la conjonctive oculaire au mois d'août 1884. Instillant dans l'œil d'un chien deux à trois gouttes d'un collyre à 2 pour 100 de chlorhydrate de cocaïne, il obtenait en cinq minutes une anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive pendant dix minutes environ; il put ensuite, en plaçant un écarteur des paupières, toucher, pincer, piquer, couper ces deux membranes, sans que l'animal manifestât la moindre impression douloureuse. En répétant cette expérience sur lui-même et d'autres personnes avec le même succès, Koller confirma que l'insensibilité locale de l'œil pouvait dès lors être obtenue, comme celle de la gorge, avec le chlorhydrate de cocaïne.

Une grande conquête était dès lors accomplie. En faisant connaître publiquement aussitôt sa découverte à la Société ophthalmologique d'Heidelberg le 15 septembre,

l'auteur fut immédiatement imité partout et aussitôt les mêmes résultats qu'il avait constatés furent confirmés en Allemagne, en Angleterre, en France, aux Etats-Unis. De toutes parts, chacun s'empressa de vérifier la nouvelle annoncée par les mille voix de la presse périodique; la facilité de répéter les expériences et l'identité des résultats obtenus permirent que cette grande découverte fût aussitôt admise, ratifiée et universellement consacrée que connue. Les preuves de cette admirable action de la publicité en sont relatées à l'ANESTHÉSIE OCULAIRE.

En appelant l'attention sur ce produit spécial, cette découverte ne manquera pas de le rendre plus usuel et d'en étendre les applications. Déjà le docteur Laborde a présenté la cocaïne pure, magnifiquement cristallisée, et deux de ses sels : le chlorhydrate et le bromhydrate, préparés à Paris depuis deux ans, ne le cédant en rien aux produits étrangers, s'ils ne leur sont supérieurs. Une injection de 2 centigrammes seulement de ces sels à un cochon d'Inde a déterminé une analgésie si intense que l'insensibilité a persisté un jour entier. Elle a même duré trois jours avec la même dose de sulfate de cocaïne. Cette action analgésiante n'empêche pas les mouvements réflexes de se manifester. Localisée rigoureusement à la surface du cerveau, par M. F. Franck, elle n'a pas modifié les réactions périphériques motrices des excitations corticales, mais la dure-mère au contraire en est complètement insensibilisée. (*Soc. de biol.*, novembre.)

Son action anesthésique locale sur la peau du chien a été constatée par M. J. Grasset à l'aide d'une injection hypodermique. Il a pu opérer ensuite dans la région sans aucune marque de souffrance de l'animal. Chez le singe, l'anesthésie se généralise par le même procédé. Elle peut donc rendre des services à la chirurgie locale, comme elle en rend déjà à l'ophthalmologie. (*Acad. des sciences*, 1er décembre.)

Une expérience récente du docteur Semon, chargé des maladies de la gorge à l'hôpital Saint-Thomas, de Londres, a montré son effet puissant pour l'excision du plus volumineux papillôme qu'il ait jamais vu. Dans sept tentatives précédentes, la malade était si affaiblie par la gêne de la respiration que l'introduction de la pince amenait un shock

ılarmant. Des badigeonnages du larynx avec une solution ı 20 pour 100 permirent, cinq minutes après, d'introduire la ›ince à quatre reprises successives, en enlevant chaque fois les portions considérables de la tumeur, sans que l'opérée ›n éprouvât la moindre douleur. La sensation ressentie fut ın léger sentiment de constriction suivi d'un autre de bruûre instantané. (*Lancet*, 22 novembre.)

Une solution de 10 à 20 pour 100 de chlorhydrate de ›ocaïne en deux ou trois badigeonnages permet de faire toutes les opérations sur le larynx et le pharynx presque sans douleur ni réflexes apparents. La douleur de la laryngite et la pharyngite aiguës, des ulcérations de l'épiglotte, en est de même calmée très efficacement.

Cette action anesthésiante sur les muqueuses s'étend surtout aux organes génitaux. Un homme ayant une adhérence congénitale du prépuce avec le gland en arrière, il en résulta une balanite, avec sensibilité locale excessive. Trois badigeonnages successifs en dix minutes, avec une solution à 4 pour 100, permirent aussitôt au docteur Cabot de disséquer cette adhérence au gland sans la moindre douleur. Dès que celle-ci fut ressentie à la fin de l'opération, un nouveau badigeonnage suffit à la faire cesser.

L'introduction de la sonde pour la dilatation d'un rétrécissement de l'urèthre ne pouvant être tolérée dans deux cas, il suffit de badigeonner la muqueuse du méat pour rendre le cathétérisme supportable. Voy. RÉTRÉCISSEMENTS.

Il n'est pas jusqu'à l'extraction des dents qui ne puisse profiter de cette anesthésie locale. Le docteur Vacher, d'Orléans, en introduisant un petit tampon de coton imbibé d'une solution au 10e dans une dent creuse pendant dix à douze minutes, a rendu l'extraction moins douloureuse. Le même procédé pourra donc calmer la douleur par des applications renouvelées. (*Gaz. hebdom.*, n° 43.)

Une goutte d'une solution au 60e, instillée d'heure en heure dans l'œil, produit un grand et rapide soulagement dans des cas d'épisclérite et de scléro-choroïdite antérieure. Ce puissant analgésiant est donc destiné au plus grand avenir dans l'anesthésie locale. Voy. VAGINISME.

**CŒUR.** *Etat fibreux.* La mort subite, quand elle ne peut être attribuée à une cause très apparente et facilement

appréciable, comme l'apoplexie ou la rupture d'un anévrisme, est fréquemment rapportée à une lésion latente du cœur. La dégénérescence graisseuse de cet organe, sa rupture, l'asystolie, sont ainsi supposées, à défaut d'autopsie, sans qu'il soit parlé de l'état fibroïde, dont le docteur Hilton Fagge, mort l'année dernière, a signalé le premier l'existence, il y a dix ans, dans un mémoire spécial très remarqué en Angleterre. Sa prédiction que c'était là une cause fréquente de mort subite semble se réaliser, car, depuis lors, 9 cas en ont été signalés à l'hôpital Guy, dont il fut médecin pendant de longues années. Le dernier était celui d'un homme mort subitement dans le *Borough* et qui y fut apporté. L'autopsie faite par le docteur Hale White montra une maladie fibroïde du cœur probablement d'origine syphilitique, à en juger par les autres traces de cette nature. Les sections du cœur, examinées au microscope et soumises à la *Pathological Society* le 5 février, décelaient tous les caractères de l'état fibreux.

L'action de la syphilis paraît très évidente sur la production de cette maladie subitement mortelle, car, sur les 9 cas enregistrés, celle-ci existait dans 4. Rien n'en décelait la cause dans les cinq autres, ayant été constaté que ces victimes jouissaient de la meilleure santé apparente lorsqu'elles ont succombé. (*Lancet*, 9 février, page 253.)

*Stéatose.* L'emploi du sphygmographe par Kisch dans 400 cas a donné les modifications suivantes sur le pouls. Il offrait les caractères du type lent ou retardé avec ses modifications bien connues, 145 fois; tracé du pouls dicrote complet ou rudimentaire, 128 fois; arythmie très marquée depuis la simple intermittence jusqu'à l'irrégularité la plus complète, 31 fois; augmentation de la tension intra-vasculaire, indice d'une sclérose artérielle, 96 fois. Ce sont donc là des indications utiles à consulter. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 10.)

*Cardiopathie de la ménopause.* Parmi les divers accidents de l'âge critique, comme ceux de la grossesse et de la puberté, plusieurs se portent principalement sur le cœur. Des palpitations en sont le principal phénomène, auxquelles s'ajoutent bientôt des lipothymies, de l'angoisse et de

l'essoufflement dans la marche rapide. Ces symptômes reviennent par accès avec des intermissions plus ou moins longues; le sommeil en est troublé par un sentiment d'anxiété précordiale. Ils sont parfois permanents et mettent les malades dans un véritable accès d'asystolie. Des défaillances allant jusqu'à la syncope s'ensuivent.

L'auscultation ne révèle rien de sensible que la fréquence extrême des battements de 150 à 160. C'est à peine si la dilatation du cœur droit est appréciable. Un léger œdème se manifeste parfois chez les femmes anémiques et nerveuses, mais sans aucune gravité, car ces accès disparaissent à la longue comme ils sont apparus, et il n'y a pas d'autres remèdes à employer que l'opium et la digitale. (*Lyon méd.*)

Cette nouvelle entité, formulée et décrite par le docteur Clément, a pu être observée par beaucoup de praticiens qui l'ont simplement rangée parmi les modalités multiformes de la ménopause. L'auteur n'indique ni sa fréquence, ni les conditions particulières où elle se présente. Il n'y a donc pas plus d'importance à lui attribuer qu'à l'hypertrophie temporaire de la grossesse et les palpitations de la chlorose.

*Cardiopathies spinales.* Des lésions limitées de la moelle ont été constatées par le professeur Teissier fils (de Lyon), à l'autopsie de deux tabétiques encore jeunes, avec de petites perforations criblant pour ainsi dire les valvules aortiques. Il a vu chez un autre tabétique, au début, des troubles cardiaques avec souffle piaulant très énergique, indiquant une déchirure des valvules aortiques, survenir brusquement après une marche forcée par le froid.

Un exemple remarquable de dilatation cardiaque s'est aussi montré chez un négociant du Rhône, après une violente contusion de la nuque reçue dans un tamponnement de chemin de fer. Une périarthrite cervicale en résultant exigea de nombreuses pointes de feu.

Ce malade n'avait jamais rien éprouvé du côté du cœur et l'auscultation préalable n'y avait rien révélé, lorsque, six à huit mois après son accident, il ressentit des palpitations et de profondes douleurs dans la poitrine avec des faux pas du cœur, un bruit de souffle à la base et des signes très nets d'augmentation de volume des cavités. Dix-huit mois

plus tard, M. Teissier constata une dilatation spéciale des cavités droites révélée par une augmentation notable de la matité précordiale dans le sens transversal avec bruit de galop très prononcé. Le souffle d'origine extra-cardiaque, d'après le sphygmographe, a disparu depuis.

Ces accidents se sont amendés simultanément avec les phénomènes d'irritation spinale pour démontrer leur rapport de cause à effet. Cette relation était d'ailleurs établie d'une façon précise et persistante par la production au début de troubles vaso-moteurs limités à un côté de la face et du cou : rougeur et chaleur très prononcées trahissant clairement l'existence de cette intervention nerveuse centrale sur les troubles cardiaques. (*Congrès de Blois pour l'avancement des sciences*, septembre, et *Gaz. heb.*, n° 40.)

*Influence de l'abus de la bière sur l'hypertrophie cardiaque.* La fréquence de cette hypertrophie à Munich a appelé l'attention sur cette boisson par l'énorme consommation qui s'en fait. Tandis qu'elle varia de 54 à 186 litres par personne en 1882 dans les différents districts d'Allemagne, elle s'éleva à 233 litres en Bavière et à 432 à Munich. Sur 638 hommes, Spatz en a trouvé 35 atteints de cette sorte d'hypertrophie idiopathique et 23 femmes sur 433. Sur 290 hommes âgés de trente à soixante ans, il rencontra 41 cas de myocardite et 10 sur 144 femmes du même âge; d'où une proportion double chez l'homme. Les rapports de Hermann signalent 49 cas de cette maladie chez l'homme sur 305 autopsies, tandis qu'il n'en existait que 3 chez la femme.

Afin de vérifier cette étiologie, Schmidebauer a entrepris de fixer la fréquence de cette hypertrophie sur une base statistique. Sur 1000 autopsies, il a rencontré 46 cas : 32 hommes et 14 femmes, où la mort lui était seule attribuée; dans 33 autres cas : 23 hommes et 10 femmes, une hypertrophie idiopathique était signalée comme associée à diverses lésions. Toutes les hypertrophies dues à des lésions valvulaires ou des troubles de la circulation pulmonaire, la sclérose artérielle et le rein granuleux étant exclus, le plus grand nombre étaient ainsi attribuées aux excès habituels de l'usage de la bière, en coïncidant avec une pléthore sanguine marquée. Elle est taxée d'agir par son alcool et ses éléments nutritifs sur le tissu musculaire

et nerveux. Le poids du cœur chez l'homme à Munich est relativement plus élevé que partout ailleurs, les deux côtés participant à son hypertrophie. (*Lancet*, 2 août.)

*Vératrine*. Par son action excitante des contractions de tous les muscles à fibre lisse, elle a été employée expérimentalement par M. Cagny, à la dose de 1 à 2 centigrammes sur de jeunes veaux nés difficilement, afin de hâter les manifestations de la vie. Chez l'un de ces animaux n'ayant pas vingt-quatre heures, et qui s'est montré faible à la naissance au point de ne pouvoir se soutenir pour téter, il l'a employée alors que les mouvements respiratoires étaient insensibles et les battements du cœur faibles et précipités. Ces symptômes, en augmentant depuis deux heures, annonçaient une mort prochaine. Une solution alcoolique de 3 centigrammes de vératrine est injectée sous la peau et cinq minutes après, l'animal était debout, marchait en titubant pendant une demi-heure et se débattait ensuite. La vitalité était revenue à ce point, malgré la faiblesse des jambes, qu'en le nourrissant bien l'animal fut vendu deux jours après à un cultivateur pour être engraissé. Trois semaines plus tard, il était bien portant. La médecine humaine pourrait bénéficier de cette expérience pour exciter les battements du cœur. (*Revue de méd. vétérin.*)

Contre l'irrégularité des battements, le professeur Bowditch affirme avoir obtenu d'excellents résultats de la formule suivante dans les plus graves affections cardiaques :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ | Poudre de digitale | 0 gr. 50 |
| | Poudre de semences de colchique | 1 gr. |
| | Bicarbonate de soude | 1 gr. 50 |

Mêlez et divisez en vingt pilules.

Trois ou quatre pilules par jour au commencement, puis une seule que l'on prend en se mettant au lit. Le traitement doit être continué de trois à neuf mois. (*Courrier méd.*)

**CONGRÈS.** Devenus une institution nationale et internationale, ils forment aujourd'hui la tribune la plus retentissante et la plus efficace à la dissémination de tous les

progrès, l'unification de la science en particulier. De là leur multiplication croissante d'année en année. L'espace n'est pas plus un obstacle à leur réunion que la différence des langues pour s'entendre. Quand il était si difficile autrefois de réunir un congrès de diplomates en faveur de la paix, comme il l'est encore de faire réussir leurs simples conférences, les savants au contraire se sont entendus du premier coup. En changeant d'objet, l'institution a changé de face. Sur le terrain pacifique de la science, tous ses apôtres, ses disciples se sont compris. Ses progrès ont suffi à exciter leur émulation et en travaillant spécialement pour le bien général de l'humanité, les médecins en particulier devaient conquérir la première place dans cette généreuse entreprise. D'où le succès des congrès médicaux.

Institués à Paris en 1867, alors qu'une exposition internationale y rassemblait des représentants de tous les peuples de la terre, on ne pouvait guère espérer que l'attrait seul de la science pût suffire à continuer et assurer leurs succès futurs. Il est vrai que plus de vingt ans avant, le Congrès des médecins de France avait préludé à ce brillant succès. Mais l'admirable organisation de celui de Londres en 1881 a définitivement assuré l'avenir des congrès internationaux, comme celui de Copenhague l'a solennellement ratifié cette année. Aussi plusieurs se sont-ils formés à son image et tenus simultanément. Tels sont : le *Congrès d'otologie* tenu à Bâle en septembre; celui de l'*Association française* pour l'avancement des sciences, tenu à Blois dans les salles du vieux château que Henri III a surtout rendu fameux par son assassinat du duc de Guise; celui d'*hygiène industrielle* de Rouen, où de savantes conférences ont été faites pour les classes ouvrières; et bien d'autres encore à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne surtout, qui rivalisent principalement avec la France à ce sujet. On s'est d'abord timidement essayé à traverser la Manche pour s'y rendre, puis le plaisir de la navigation et des découvertes s'alliant à l'intérêt qu'ils attirent, on s'apprête à bientôt franchir l'Océan. Il faudrait donc citer aussi les grands *meetings* de toutes les spécialités qui ont lieu solennellement chaque année aux États-Unis : neurologie, obstétrique, gynécologie, otologie, laryngologie, etc., etc. A défaut de pouvoir seulement les énumérer tous, nous nous arrêterons à ceux

qui ont eu le plus d'éclat et de retentissement en Europe au point de vue médical.

**Congrès international des sciences médicales à Copenhague.** Cette huitième réunion des médecins de tous les pays a eu lieu le 10 août en présence des membres de la famille royale de Danemark, celle de Grèce y comprise, des ministres et de tous les hauts fonctionnaires du pays. Une véritable réception royale a été ainsi faite à tous ces princes de la science médicale, venus des différents points du monde civilisé pour affirmer leurs confraternité et leurs efforts communs, chacun dans sa sphère, en vue de ses progrès. Les plus illustres semblaient s'être donnés rendez-vous sur ce petit théâtre et l'on voyait aux côtés du professeur Panum, au fauteuil de la présidence, sir J. Paget, de Londres; Pasteur, de Paris; Virchow, de Berlin, en présence de plus de 1400 médecins, dont 350 Danois, 150 Suédois, 100 Norwégiens et 800 des autres nationalités européennes et américaines.

La séance d'ouverture, commencée aux accents mélodieux de la musique, offrait un spectacle des plus grandioses et plein de majesté. Après quelques paroles de bienvenue du président en français « comme la langue qui divise le moins et reconnue comme la plus flexible et la plus courtoise », les trois représentants à ses côtés l'ont séparément remercié dans leur langue distincte, en applaudissant aux sentiments qu'il venait d'exprimer. Au nom de la France, M. Pasteur a répondu le premier en affirmant la neutralité de la science, ratifiée aussitôt par M. Virchow, en réservant chacun leur patriotisme particulier. Cette déclaration réciproque des trois pays en guerre il y a peu d'années était comme leur accord qui fut aussitôt scellé par d'unanimes applaudissements et les vives acclamations de l'assemblée tout entière. C'était solennel et touchant.

Sans briller par le nombre, les Français se distinguaient par leurs noms : Verneuil, Chauveau, Ollier, Jaccoud, Hardy, Ranvier, Cornil, Trélat, Lépine, Bouchard, Ball. Beaucoup plus nombreux, les Anglais comptaient à leur tête Gull, Mac Cormac, Acland, Bennett, Spencer Wells, Erichsen, Watson, Marshall et plusieurs autres notabilités. L'Allemagne venait ensuite avec Kolliker, His, Frerichs, Volkmann, Esmarch,

Hensen, Fleming, Hensch, Münk, Liebreich, Liebermeister, Gurlt. Des noms aussi célèbres se remarquaient pour l'Autriche, la Russie, l'Italie, la Hollande, la Belgique, la Suède, la Norwège et la Suisse; mais on distinguait particulièrement les deux représentants des États-Unis : Billings et A. Flint. Toute la corporation médicale universelle était donc représentée par ses membres éminents. Le même accueil, empressé et cordial, fut fait à tous, mais avec une prépondérance marquée en faveur de la France. Lors de la présentation au roi des trois vice-présidents du bureau, on remarqua que, par dérogation à l'étiquette, les reines de Danemark et de Grèce avaient spontanément complimenté notre illustre compatriote, M. Pasteur.

Cette première entrevue s'est terminée par un banquet royal où le toast français a été pour l'hospitalité danoise. Elle s'est montrée, en effet, du commencement à la fin du Congrès, d'une splendeur qui ne s'était pas encore rencontrée. Au débarquement, tous les arrivants ont trouvé les formalités de la douane suspendues, des voitures pour le transport des bagages au chemin de fer par un train spécial qui les conduisait dans la capitale où chacun avait sa résidence fixée d'avance dans des hôtels, des familles, chez des médecins, des savants où ils recevaient une hospitalité empressée. Domestiques, chevaux, voitures étaient mis à leur disposition; des lunchs publics étaient offerts par la ville et, soir et matin, c'étaient de nouvelles invitations, des banquets. Des excursions, des fêtes royales étaient données en leur honneur et quand, après cette semaine de séjour, il fallut se quitter, la reconnaissance d'une si belle et bonne réception éclatait dans tous les cœurs. Les Anglais même, pour qui l'hospitalité est une tradition, se sont trouvés dépassés par sa magnificence. « Si l'hospitalité domestique est de notre race, dit un de leurs organes, nous devons croire maintenant que nous avons hérité ce caractère particulier de nos ancêtres danois. » (*Lancet*, 23 août.)

Il n'y a pas à développer ici les questions scientifiques agitées dans ce Congrès; elles se trouvent signalées aux mots qui leur correspondent. La conférence de M. Pasteur sur la prévention de la rage a eu surtout un succès que nul autre n'a égalé, pas même celle de M. Virchow sur la métaplasie. Les applaudissements enthousiastes qui l'ont accueil-

ie ont été caractérisés par le président comme « la recon-
naissance du peuple et l'admiration des savants ». Les
estrictions faites par M. Grancher sur la valeur de la
découverte du bacille de Koch, quant au diagnostic de la
hthisie et sa nullité pour le traitement, démontrée par le
rofesseur Jaccoud, ont été très aigrement accueillies par
s Allemands.

La conférence pratique du président sur les rations ali-
mentaires des hommes sains et malades, surtout dans les
hôpitaux, les infirmeries et les prisons, a obtenu un légi-
me succès. Mais la proposition de sir W. Gull, d'établir une
vestigation collective internationale de la maladie promet
en davantage. Déjà faite à l'Association médicale britanni-
ue et renouvelée à l'Association médicale américaine en
83, ainsi qu'à la Société de médecine de Berlin, cette pro-
sition a été accueillie si favorablement qu'un comité a été
mmé avec un ou deux membres dans chaque pays pour
udier la question. Elle sera donc discutée au prochain
ngrès dont le siège a été fixé à Washington pour 1887.
uvelle défaite des Allemands qui le réclamaient pour
rlin. A Rome! répondirent avec ensemble une masse
auditeurs. Les Américains l'ont emporté et déjà ils s'occu-
nt activement de son organisation.

En effet, au 35e meeting annuel de l'*American medical
ssociation,* qui a eu lieu cette année à Washington sous la
ésidence du professeur Flint, où plus de 1,300 délégués
sistaient, le premier acte a été d'envoyer un télégramme
sympathie confraternelle au doyen de la corporation, le
rofesseur Gross, de Philadelphie, qui a rendu le dernier
upir le jour même, comme le président l'annonça le len-
emain en entrant en séance. Puis, sur la proposition du
octeur Sayre, une commission de cinq membres a été
ue pour s'occuper immédiatement de l'organisation du
rochain Congrès médical international qui doit avoir lieu
ans cette ville en 1887.

**Congrès international d'hygiène et de démographie.** Il s'est tenu à la Haye du 21 au 27 août, sans réaliser toutes ses promesses, à en juger par le succès du dernier à Genève. Le deuil récent du prince héritier et l'éclat de celui qui simultanément se terminait à Copenhague semblent

avoir refroidi le concours local et général des hygiéı
Malgré la présence des savants français, les séances
eu ni l'entrain, ni l'attrait des précédents. L'éloquen
M. Rochard dans sa conférence sur la *valeur économi*
*la vie humaine* n'a pu être appréciée comme elle le m
par son arithmétique fantastique et son humour. H
sement la presse s'en est emparée et l'a répandue d
monde entier pour le faire réfléchir aux pertes én
entraînées par la guerre.

Les discussions ont roulé surtout sur la ligue mé
internationale et les quarantaines soutenues par MM. B
del et Proust. Mais les Anglais n'étaient pas là pour le
trecarrer, ni M. J. Guérin. De là l'intérêt affaibli de c
cussions.

Le tout à l'égout avec épandage a été également dé
par MM. Durand Claye et Trélat qui, à défaut de cont
teurs autres que M. Duverdy, n'ont pas eu à faire le
de nouveaux arguments en sa faveur que ceux c
dèjà.

Par son caractère essentiellement français, ce Con
manqué de l'élément contradictoire qui en fait l'i
Une seule femme s'est trouvée pour y mettre un p
variété et de charme par une véritable idylle sur les e
abandonnés en Angleterre. Malgré la tristesse du ta
Mme Bowel-Sturge a réussi à y semer des teintes
quence et de poésie qui ont ravi l'assemblée sous le c
de sa parole, Un banquet avec des toasts à n'en plu
en a été la clôture.

**CYSTOTOMIE LATÉRALE.** Les *ruptures traum*
*de la vessie* sont en général si fatalement mortelle
l'issue de l'urine et du sang dans le péritoine, que d
rurgiens ont parfois tenté les opérations les plus has
en pareil cas pour arracher des blessés jeunes, sa
vigoureux, à une mort presque inévitable. Avec l'
sion illimitée de la chirurgie abdominale et les p
des méthodes antiseptiques, ces exemples exceptio
tendent à devenir une règle ordinaire et spéciale
les Anglo-Américains. La cystotomie latérale est ains
conisée comme particulièrement applicable par M. R
rison, chirurgien de l'Infirmerie de Liverpool. Un h

ıeuf ans étant tombé d'un wagon d'une hauteur de
sur une pierre, une fracture du pubis droit en
ɿec rupture de la vessie. C'était le 12 janvier 1884.
ɔn volontaire étant impossible, le cathétérisme
abord 8 *ounces* d'urine sanguinolente et 5 *ounces*
uatre heures plus tard.
assurer du siège de la rupture, le chirurgien fit
·ture sur la ligne médiane du périnée et découvrit,
loration digitale, qu'elle était extrapéritonéale,
· la paroi antérieure un peu en arrière de la pros-
ıverture admettait l'index percevant ainsi directe-
fracture du pubis. Un gros tube fut dès lors intro-
ıalgré l'écoulement facile de l'urine, la mort arriva
ux heures après la cystotomie. On découvrit plus
cet homme n'était guéri d'une scarlatine que
ıe quinzaine.
ır justifie son opération par les 6 exemples antél-
latés par Stein avec trois guérisons. (*On rupture*
*dder*, New-York, 1882.) Ce résultat en montre la
après lui, dès qu'on l'exécute immédiatement. Il en
a règle dans les termes suivants :
:s cas de rupture de la vessie, n'employez la sonde
aider au diagnostic; exécutez sans délai la cysto-
érale comme pour la taille; explorez soigneusement
r de la vessie avec le doigt. Si l'ouverture commu-
:c la cavité du péritoine et qu'il y ait lieu de croire
morrhagie antérieure ou actuelle, ou si la vessie
contractée suffisamment pour empêcher l'urine de
ıns le péritoine, ouvrez l'abdomen pour enlever les
u l'urine qui peuvent s'y trouver, comme Willett
l'ont fait (Voy. Vessie, 1879); suturez ensuite la
le la vessie et l'ouverture abdominale. Quand la
ɿésicale est extra péritonéale, bornez-vou sà l'in-
n d'un tube par l'ouverture du périnée, afin de
e le drainage continu de l'urine. (*Lancet*, 8 mai.)
la règle de la jeune école représentée à Lyon par
r Vincent. (Voy. Vessie, 1881.)

*clinique sur les cystites*, par le docteur M. Hache,
atomie; un vol. de 170 pages in-8°. Paris, *librairie*
*:an.*
'orme de thèse inaugurale, c'est ici un vrai traité

didactique divisé en trois parties principales : pathogénie, diagnostic et traitement. Dans autant de chapitres séparés, toutes les causes variées de cette maladie sont indiquées, les signes différentiels et les moyens médico-chirurgicaux de son traitement sous ses formes multiples. S'appuyant sur 150 observations recueillies pendant son internat, notamment dans le service spécial de l'hôpital Necker, l'auteur les relate sommairement à la fin dans leurs détails essentiels, comme pièces de conviction à tout ce qu'il a dit et avancé, en y renvoyant soigneusement, d'après leur numéro d'ordre. Un index bibliographique permet même de se reporter aux ouvrages invoqués ou consultés.

Si donc la forme en est élémentaire et classique, le fond en est très riche et varié; c'est un ouvrage de bibliothèque aussi utile aux praticiens par tous les nombreux matériaux et les renseignements cliniques qu'il contient que par ses divisions pour les étudiants.

# D

**DÉSINFECTANTS.** Pour le professeur de Chaumont, qui l'a déclaré publiquement à l'Exposition sanitaire de Londres, il n'y a qu'un seul désinfectant : le feu. La majorité des autres ne sont que des déodorants. Le soufre ne l'est, en effet, qu'en brûlant et en dégageant l'acide sulfureux. Et c'est d'après les récentes expériences, faites sur la demande du préfet de police, par MM. Pasteur, Roux, et Dujardin-Beaumetz rapporteur, à l'effet de rechercher le meilleur procédé et le plus pratique pour désinfecter les chambres de malades atteints d'affections contagieuses, que ce fait a été de nouveau parfaitement démontré. La combustion du soufre était depuis longtemps adoptée à cet effet dans l'armée et la marine, et la commission d'hygiène hospitalière avait recommandé ce procédé avant tout autre. Son application seule par les difficultés qu'elle présente pouvait être perfectionnée.

Dans une pièce de 100 mètres de capacité disposée à l'hôpital Cochin, quatre agents ont été comparativemen employés. Le brome, trop vanté en Allemagne, pénètre trè

incomplètement les objets de literie et les vêtements. Le sulfate de nitrosyle, en dégageant des vapeurs d'acide hypo-azotique par son mélange avec l'eau, détruit les linges en contact avec ces vapeurs. Le chlore est trop dangereux pour être mis entre les mains du public. Restait l'acide sulfureux, obtenu par la combustion du soufre en fleur sur un réchaud spécial, arrosé préalablement d'alcool pour favoriser la combustion complète.

Des trois procédés expérimentés pour l'obtenir, soit sous pression comme le fait M. Pictet, soit en vapeurs par la combustion du sulfure de carbone, c'est le plus simple, le plus sûr et le moins coûteux. Et en constatant que le gaz pénétrait également jusqu'au centre des matelas les plus serrés et détruisait les micro-organismes et les virus placés dans la pièce en stérilisant leurs cultures, celui du charbon excepté, ce procédé a été préféré et adopté. Son seul inconvénient est d'attaquer les objets métalliques, que les deux autres laissent intacts.

Il faut employer 20 grammes de fleur de soufre par mètre cube. Un siphon Pictet en est l'équivalent ou 2 kilogrammes et demi de sulfure de carbone pour 100 mètres cubes. C'est donc à l'emploi de ce dernier que reviendrait le droit de désinfecter et d'assainir les grandes habitations comme les écoles, les hôpitaux et les casernes. (*Acad. de méd.*, 9 septembre.)

Mais le sulfure de carbone exige des appareils spéciaux et n'est pas exempt de dangers. Quant au gaz emmagasiné en siphon, son prix élevé le met hors d'usage autrement que dans des espaces très restreints, comme une chambre ou un cabinet, en préservant absolument de tout danger d'incendie. Avec le soufre en poudre, on emploie deux vases en terre superposés pour prévenir cet accident. Le plus élevé contient le soufre avec l'alcool et le vase inférieur du sable mouillé. En cas de rupture du premier, le soufre, en se répandant, ne roule pas sur le sol. En laissant la chambre bien close pendant vingt-quatre heures, elle est complètement désinfectée; mais il faut enlever préalablement les objets aux couleurs vives et recouvrir tous les objets métalliques, fer ou cuivre, d'une bonne couche de graisse.

Suivant la circulaire ministérielle du 8 juin 1880, les

casernes sont désinfectées par ce procédé employé séparément par chambrées après le départ des troupes. Une grille reposant sur quatre briques, placées sur une épaisse couche de sable et surmontées d'une sorte de cheminée, de 40 à 50 décimètres de hauteur à l'aide d'autres briques superposées, a servi ainsi dans la caserne d'Elbeuf avec un résultat très satisfaisant. Puces, punaises, mouches furent complètement détruites ainsi que les araignées, les souris et les rats.

En raison de la grande affinité de l'eau pour l'acide sulfureux, le badigeonnage préalable à l'eau ordinaire des planchers, portes et plafonds ou corniches en bois, est une sage précaution à prendre. Les vapeurs pénètrent ainsi dans les plus petites anfractuosités. Le médecin-major Aubert qui a présidé à cette désinfection conclut que ce moyen devrait être utilisé chaque année pour l'assainissement des casernes, en août et septembre, après la période d'instruction des réservistes ou lors des grandes manœuvres. L'opération peut être très rapide en ne coûtant pas plus de dix à quinze centimes par homme. (*Bull. de thérap.* octobre.)

Des casernes où avait sévi la fièvre typhoïde ou toute maladie épidémique, désinfectées de la sorte, ont pu être habitées de nouveau, sans que les cas de l'épidémie ancienne aient récidivé, d'après la déclaration de M. Legouest, inspecteur général du conseil de santé des armées, à l'Académie de médecine.

**DIABÈTE.** *Erreurs possibles dans la recherche du sucre.* L'emploi usité de la liqueur cupro-potassique dite de Fehling peut les déterminer, d'après M. A. Robin, dans les circonstances suivantes :

Il suffit d'avoir absorbé par l'appareil digestif, respiratoire ou cutané, des produits térébenthinés pour que la substance terniaire en résultant dans l'urine réduise la liqueur de Fehling comme le sucre ; il en est absolument de même chez ceux qui ont pris du chloral ou du chloroforme.

Les urines très chargées d'urates et d'acide urique, comme celles des goutteux, traitées par ce réactif, verdissent, jaunissent et se troublent avec un précipité parfois très abondant, ayant l'aspect de celui de l'oxyde de cuivre après une ébullition très prolongée. Les goutteux ayant parfois des

ès d'accablement simulant la faiblesse des diabétiques :c polydipsie et polyurie, sueurs profuses, l'erreur est utant plus à craindre. Toute la différence est dans le pré- ité qui, pulvérulent, rouge ou jaune vif par le sucre, nbre et presque noir par le sucre de lait chez les nou- les accouchées, est floconneux et blanchâtre par les urines ıtiques. Cette distinction est le plus facile au début de réaction. (*Revue médicale*, n° 23.)

*Influence du traumatisme.* Elle est si considérable et si pro- ıde, d'après le professeur Verneuil, qu'il ne suffit pas de re disparaître préalablement le sucre des urines pour en njurer le danger. Le pronostic reste toujours grave chez s opérés, comme l'observation suivante en est la preuve. Un homme atteint d'un cancer de la bouche demandait ıe opération. L'état des dents à l'examen fit soupçonner diabète, ce qui fut confirmé par l'analyse des urines. ı traitement préalable fut dès lors institué et l'opération eut lieu qu'après la disparition complète du sucre. L'opéré, teint d'une pneumonie, n'en succomba pas moins très ra- dement après plusieurs hémorrhagies, bien que les urines ssent restées exemptes de sucre.

De même chez une femme diabétique portant un polype érin. Un traitement préalable avait fait disparaître le cre des urines et, malgré toutes les précautions opéra- ires, un phlegmon abdominal très grave ne compliqua pas oins l'excision de ce polype. (*Soc. de chir.*)

*Réflexe rotulien.* Ce phénomène nerveux, interrogé par professeur Bouchard dans le diabète, aurait une grande ıportance sur son pronostic. Sur 66 cas observés depuis ois ans, 43 malades le présentaient à l'état normal et seulement sont morts; il manquait au contraire chez ) et de ceux-ci 6 succombèrent. Cette mortalité aurait u être plus considérable, si quelques-uns de ces malades 'avaient été perdus de vue. D'où la gravité de cette absence hez les diabétiques. Elle se rencontre surtout à la seconde ériode et augmente ainsi les probabilités de la pathogénie ıerveuse du diabète.

Cette absence peut aussi éclairer le diagnostic. Un jeune homme fut trouvé plongé dans le coma avec lèvres ser-

rées, sans que l'on en connût la cause. On interrogea aussitôt ce réflexe et son absence fit alors examiner l'urine. Elle contenait du sucre en abondance. (*Congrès de Blois.*)

*Névralgies diabétiques.* Depuis que, le premier en France, le docteur Worms appela l'attention médicale à ce sujet en 1880, par deux faits seulement, cette question a pris, comme tout ce qui est nouveau, une importance considérable. Des observations antérieures passées inaperçues, et dont la première, de Griesinger, remonte à 1859, ont d'abord été exhumées des recueils allemands pour en montrer la priorité et insinuer que l'auteur français avait bien pu aller y puiser son idée maîtresse et nouvelle d'une relation directe de ces névralgies avec le diabète. Cette découverte fit pourtant si peu d'impression ici qu'elle ne réussit pas à lui assurer son élection à l'Académie de médecine, malgré le puissant secours du rapporteur et son adhésion complète à cette étiologie nouvelle. (Voy. *année* 1880.)

La symétrie de ces névralgies en était alors le caractère spécial et distinctif, mais on délaissa bientôt ce signe exclusif, et, pour multiplier ces exemples à volonté, on passa outre. Dès 1881, la névralgie unilatérale coïncidant avec le diabète lui était rapportée, et il suffit en même temps à Berger de trouver quelques grammes de sucre dans l'urine de malades atteints de sciatique pour en faire aussitôt un signe du diabète latent. Ainsi s'élabore et se généralise la science... en Allemagne.

Deux nouveaux faits observés à Vichy par le docteur Cornillon en 1883 lui ont permis, en les relatant, d'y joindre ainsi vingt autres cas analogues recueillis depuis et de faire une étude d'ensemble de cette grave complication diabétique d'après la thèse du docteur Dreyfous, signalée l'année dernière. (Voy. *années* 1882 et 1883.) Il en résulte que dans ces 22 exemples, cette névralgie symptomatique occupait 19 fois les sciatiques et se montra symétrique dans 18 cas, mais très rarement d'emblée. Là serait donc son siège d'élection, sans pouvoir résoudre si elle était essentielle, symptomatique, primitive ou secondaire, ou simplement coïncidante dans la plupart de ces cas; 12 des faits allemands ne peuvent élucider ce point capital par le défaut de renseignements. L'origine reste

donc indécise, puisque des névralgies intercurrentes du diabète se montrent parfois sans en dépendre. Dès qu'une cause étrangère peut leur être attribuée et qu'elles guérissent par des agents spéciaux, comme le salicylate de soude, les courants faradiques, la morphine, il n'y a pas lieu de recourir à la glycosurie pour les expliquer. La disparition spontanée des douleurs par le traitement du diabète seul, les eaux de Vichy ou de Karsbald, le régime, et la coïncidence avec la guérison de celui-ci comme il y en a des exemples, autorisent seuls à les attribuer à la présence du sucre circulant dans le sang. La névralgie saturnine, symétrique ordinairement, résulte ainsi de l'intoxication par le plomb. Autrement, c'est forcer les analogies et les rapports, et il suffit de la fréquence ordinaire de la sciatique ou d'une diathèse arthritique pour qu'en s'exagérant sous l'influence du diabète, elle lui soit exclusivement rapportée.

Il résulte en effet des dix faits authentiques de névralgies diabétiques que, loin d'apparaître avec le diabète, elles ne se manifestent souvent qu'à la fin, tout à coup, soudainement et sans autre cause appréciable que l'exercice, la fatigue ordinaire ou un simple refroidissement, si commun chez les diabétiques affaiblis. Elles revêtent la forme d'accès intermittents, trois à quatre par jour, ceux de la nuit étant les plus violents. La persistance et la résistance de ces douleurs aux remèdes ordinaires en est le caractère particulier, ainsi que leur guérison par le traitement antidiabétique. C'est la preuve de leur dépendance directe et absolue de la glycosurie.

La symétrie de ces douleurs ne se manifeste presque jamais au début ; elle apparaît tardivement par les progrès même du diabète, sans que leur violence soit proportionnée à l'abondance de la glycosurie. Des rechutes coïncidant avec sa recrudescence en montrent surtout les rapports de cause à effet. (*Revue de méd.*, mars.)

Cette nouvelle complication du diabète, en se confirmant, tend à le localiser dans le système nerveux. La lésion du quatrième ventricule ayant été la première cause expérimentale découverte par Cl. Bernard, sa manifestation névralgique à la longue tend à confirmer cette origine, d'accord avec les troubles nerveux observés comme

point de départ dans les organes chargés de faciliter la combustion du sucre dans le sang à l'état normal. Il en résulte ainsi un excès de quantité de sucre qui, ne pouvant être utilisé complètement pour la chaleur de l'organisme, est éliminé par l'urine. D'où l'intérêt d'observer rigoureusement cette nouvelle manifestation, afin d'en tirer les conséquences pour le traitement par l'opium et ses succédanés.

**Diabétides génitales.** Tel est le nouveau nom donné par le professeur A. Fournier aux manifestations provoquées par l'urine sucrée sur les organes génitaux des deux sexes. Le prurit, le prurigo, l'herpès, des éruptions pustuleuses ecthymateuses en sont les plus fréquentes. Découvertes chez l'homme par la balanite et le phimosis en résultant, elles ont été ensuite observées chez la femme, où elles acquièrent plus de gravité par le contact de l'urine sur toute l'aire génitale. De là le prurit intense occupant la vulve, le périnée et l'anus, au point de devenir une véritable torture. Il se manifeste d'ordinaire par accès et par crises, d'après la saccharification de l'urine pouvant amener la perte du sommeil et de l'appétit. Tout symptôme saillant du diabète, autre que le sucre dans l'urine, pouvant faire défaut en pareil cas, il est essentiel d'examiner celle-ci avant tout traitement.

L'érythème vulvaire, puis l'eczéma rebelle et résistant, récidivant surtout, en sont les suites. Ils sont ordinairement limités à la vulve à l'état aigu, et celui-ci ne s'étend guère aux aines, à l'abdomen et au périnée qu'à l'état chronique. Sa rougeur sombre, vineuse, le distingue spécialement par l'état pachydermique des parties. Toutes ces lésions ne peuvent s'améliorer qu'avec le diabète même et le traitement local ordinaire de ces dermatoses. Chez l'homme, la balanite en marque le début sous une forme quelconque. Après l'érythème avec boursoufflure du méat apparaissent des pustules herpétiques disséminées sur le gland, et un véritable eczéma desquamant, fendillé ou fissuré peut s'ensuivre, si l'on n'isole ces parties du contact de l'urine sucrée. Il est même rare à ce degré que le prépuce ne participe à ces lésions, surtout s'il est long. Une série de fissures ou craquements s'opèrent en couronne sur l'anneau inférieur dans les mouvements faits pour

découvrir le gland. Cet état est tout à fait caractéristique du diabète.

De là le phimosis en résultant qui, en obligeant les victimes à divulguer leur mal, devient le signe révélateur du diabète. Son caractère sub-inflammatoire avec prépuce épaissi, parcheminé, sans élasticité ni mobilisation, avec atrésie de l'orifice, le distingue suffisamment de celui de la blennorrhagie. Il met ainsi des mois, sinon des années, à se développer, et l'infiltration dure qui le complique peut former des noyaux disséminés, simulant le cancer et même des végétations remarquables par leur accroissement rapide, leur repullulation et leur volume considérable. Des lésions gangréneuses s'en sont même suivies dans quelques cas. D'où l'indication de s'opposer de bonne heure au contact de l'urine sucrée sur ces parties, en les isolant et en entretenant une extrême propreté. L'opération est impraticable en cas de besoin, tant que du sucre existe dans l'urine, en raison de la gravité du traumatisme chez les diabétiques. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

**DIARRHÉE NERVEUSE**. Quand elle se manifeste après une émotion violente, sans autre cause appréciable coïncidente, elle peut en dépendre exclusivement, même chez les sujets peu nerveux, d'après le docteur Dominguez; de là la prédisposition du sexe féminin. Elle résulte probablement d'une dilatation paralytique des canaux intestinaux par retentissement réflexe de la sidération du système nerveux. De là les douleurs peu intenses et les déjections aqueuses qui en sont les caractères, sans trace appréciable d'élément catarrhal ni inflammatoire.

Le traitement doit être dirigé exclusivement sur le système nerveux pour agir avec efficacité et rapidité. Des lavements avec 4 grammes d'assa fœtida, dissous dans une émulsion albumineuse toutes les deux heures, et une potion antispasmodique de tilleul et de valériane comme adjuvant, réussissent en pareil cas, à l'exclusion des astringents. (*Ann. méd. Argent.* 1883.)

La *diarrhée tabétique*, signalée dès 1862 par MM. Charcot et Vulpian et observée depuis par divers auteurs au début de l'ataxie locomotrice, peut être rangée sous ce titre.

Un exemple observé à l'hôpital Saint-Louis au mois de février dernier chez un homme de quarante-quatre ans, ayant eu la syphilis vingt ans avant, en offre la preuve. Depuis huit à neuf mois avant son entrée, il avait quatre à six selles liquides par jour, sans aucun écart de régime ni coliques. Elle se montre sous forme de crises ou d'accès pendant quatre à cinq jours pour csser brusquement pendant un jour ou deux. Exempt de vomissements et de crises gastralgiques et néphrétiques, ce malade était souvent pris de sueurs et de salivation dès qu'il parlait; on admit que la diarrhée était un trouble analogue de la secrétion intestinale d'origine nerveuse.

Le sous-nitrate de bismuth et le diascordium, l'iodure de potassium et les pointes de feu, qui avaient fait cesser les crises laryngées, ayant été sans action sur la diarrhée, l'atropine fut essayée. Deux granules d'un milligramme, puis trois, donnés pendant quelques jours, suffirent à la faire cesser. Un mois après, elle n'avait pas reparu. (*Revue de méd.*, juillet.)

*Poudre de Dower*. A la dose de 0, 50 centigrammes à un gramme, le docteur Huchard l'emploie avec succès contre les diarrhées chroniques. Dans ces cas rebelles, son action s'explique non seulement par la quantité d'opium, mais surtout par la présence de l'ipéca qui exerce, comme on sait, une action salutaire sur les affections inflammatoires du gros intestin.

Le *citron* aurait aussi la propriété de couper rapidement la diarrhée, d'après le docteur Vigouroux. Deux tranches et quelques morceaux de sucre mis dans un verre, arrosés d'eau bouillante, en remuant pendant cinq minutes et en buvant aussi chaud que possible suffisent à cet effet. Il faut renouveler l'emploi de ce remède facile et agréable de demi-heure en demi-heure pour arrêter la diarrhée. (*Revue de thérap.*, page 105.)

**DIATHÈSES.** A toutes celles déjà connues, oubliées, modifiées ou renouvelées, M. Verneuil en ajoute une nouvelle : la *diathèse néoplasique*, qui renferme toutes les précédentes et a pour origine l'arthritisme. Toute diathèse a en

effet pour substratum un néoplasme étranger à l'organisme et qui se forme à ses dépens, dont le cancer et le tubercule sont des types. Anatomiquement, c'est l'accumulation exagérée, en un point circonscrit, d'éléments altérés dans leur forme, leurs dimensions, leur structure, et probablement leur composition chimique, constituant des tissus imparfaits déviant du type normal. Physiologiquement, le néoplasme enlève à l'organisme ses matériaux nutritifs pour lui rendre des déchets inutiles ou délétères. D'un développement excessif comme le carcinome, il envahit la région et s'étend au loin ; d'une évolution lente, il constitue une sorte de corpus mortuum comme le lipôme.

Dans l'un et l'autre cas, le néoplasme n'a aucune propension à la guérison spontanée et offre une résistance souvent absolue à la thérapeutique. D'où sa persistance indéfinie, impliquant une terminaison fatale, ou la nécessité d'une opération.

L'arthritisme est l'indéniable affinité des néoplasmes entre eux, et au lieu de voir une prédisposition spéciale ou une aptitude particulière de l'économie pour chaque néoplasme, le chirurgien de la Pitié affirme l'unicité de la diathèse néoplasique en se fondant sur les arguments suivants :

1° La diathèse néoplasique est héréditaire; quand elle existe dans une famille, elle peut se transmettre aux descendants sous une forme anatomique semblable ou différente;

2° Chez un même individu, on peut observer, en différentes parties du corps, à différents âges, à différentes époques, des néoplasmes de nature absolument dissemblable;

3° Un même néoplasme peut être formé par plusieurs tissus différents, comme les *polykystiques;*

4° Un même néoplasme bénin et stationnaire à un certain âge, peut se transformer plus tard en une tumeur maligne, cancéreuse.

Contre cette unicité étiologique, on invoque la différence de gravité des néoplasmes. Mais l'arthritisme ayant toutes sortes de manifestations, peut produire des néoplasmes tout différents. Un néoplasique de quarante ans compte au moins une demi-douzaine d'affections diverses dans son inventaire pathologique. On note toujours avant, pendant

ou après sa constatation l'arthritisme sous l'une ou plusieurs de ses faces. C'est là la raison déterminante de l'auteur. Car si les manifestations arthritiques, en général fugaces, peu graves et faciles à dissiper, sont contraires aux néoplasmes fixes et incurables, les autres formes de l'arthritisme ne guérissent pas plus par la thérapeutique que les tumeurs. Tels sont les calculs vésicaux et biliaires, les lésions du cœur et des vaisseaux, la sclérodermie, les tophus, l'arthritis déformans, etc. On voit dès lors toute l'importance de la nouvelle diathèse néoplasique.

A l'appui, le docteur Meusnier cite une dame de soixante-douze ans, rhumatisante, qui portait deux petites tumeurs sous-cutanées immobiles et douloureuses à la pression, dans le creux poplité gauche. D'autres apparurent ensuite en grand nombre sur tout le membre et le bras du même côté. Les unes étaient assez mobiles, d'autres paraissaient fixées au périoste. Des douleurs rhumatismales dans le genou et le pouce de la main gauche existaient simultanément. (*Congrès de Blois*, août.)

Mais la disparition soudaine de ces petites tumeurs en six semaines ne leur ôte-t-elle pas toute importance diathésique? Faudrait-il rapporter à l'arthritisme tout ce qui apparaît durant l'existence d'un rhumatisant, dès que les manifestations coïncidentes ne se prolongent pas avec lui?

L'*hystérie* ne serait de même, d'après le professeur Grasset, qu'une manifestation des diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, qu'elle se présente isolée ou avec d'autres affections. L'étude de la vie pathologique des familles montre ainsi, parmi les enfants d'un tuberculeux, une méningite mortelle, une phtisie vulgaire, tandis que le troisième échappera, en apparence, à la diathèse. Mais il sera névropathe ou hystérique, hypocondriaque, sinon aliéné. Il est tuberculeux comme les autres, sans tubercules nulle part. Sa névrose a remplacé l'affection diathésique, car il engendre des enfants à son tour, la diathèse encore présente reprend sa forme classique.

Telle est la thèse soutenue par l'auteur et appuyée sur de nombreuses observations dont l'analyse l'amène après avoir discuté toutes les théories émises sur les ra-

ports de la tuberculose avec l'hystérie, aux conclusions suivantes : La tuberculose est, comme toutes les diathèses, une maladie essentiellement générale et constitutionnelle; la phtisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie, elle n'en est pas la seule. Les névroses en général, l'hystérie en particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique.

**DIPHTHÉRITE.** Deux formes ou variétés distinctes en sont décrites par Klebs, d'après les caractères suivants. La première, localisée à l'est de l'Europe, est marquée par une exsudation fibrineuse légère, bornée aux amygdales et au pharynx, mais de graves troubles généraux apparaissent aussitôt et déterminent la mort. On trouve à l'autopsie des masses de micrococci brunâtres, enveloppés dans trois couches de fibrine, avec de petits bâtonnets perpendiculaires à leur surface. Ils se rencontrent de même dans les parois des vaisseaux du cerveau et de la moelle où des hémorrhagies étendues s'observent; la pie-mère et la substance grise en sont le principal siège. Les graves symptômes cérébraux et les paralysies observés dans les cas de guérison peuvent donc être l'effet de cette destruction.

La seconde forme, localisée dans l'Ouest, rend l'apparence locale plus frappante par les caractères mêmes du croup dans quelques cas, dont la nature contagieuse est indéniable. Des amygdales, l'exsudation s'étend rapidement au pharynx et à la trachée. La fièvre initiale est légère et suit le cours de la formation des fausses membranes, sur la muqueuse, mais la récidive et les complications septiques sont assez fréquentes. Les accidents nerveux manquent ou sont rares; tandis que l'albuminurie se manifeste de bonne heure, et la mort résulte soit de l'obstruction mécanique des voies respiratoires, soit d'accidents septiques ou inflammatoires.

Un très petit bacille se rencontre constamment dans cette forme. Il se développe en groupes dans l'épithélium de la muqueuse. Une énorme dilatation des vaisseaux sanguins s'y associe secondairement, et amène la stase du sang. Une exsudation fibrineuse s'ensuit immédiatement, et l'épithélium, avec ses bacilles adhérents, est soulevé. Ces organismes forment une couche continue à la surface de la mu-

queuse et pénètrent graduellement ensuite à l'intérieur. L'estomac en est indemne comme les autres organes internes. (*Allgem. medicin central Zeitung*, octobre 1883.)

*Parésie cardiaque.* Elle a lieu, comme la plus grave, après d'autres manifestations paralytiques, dans la convalescence, quatre à cinq jours après l'apparition des fausses membranes. Cet affaiblissement du cœur est rendu appréciable par la dyspnée, les lypothymies, l'irrégularité et l'accélération du pouls. En voici un exemple observé par Lévy.

Un garçon de treize ans, déjà atteint de diphthérite grave à huit ans, en est repris à la fin de janvier 1883. Température à 40° pendant quatre jours avec gonflement très considérable des ganglions sous-maxillaires. Rien au larynx. Paralysie du voile du palais au bout de huit jours, puis de l'accomodation et du tact. Tous ces accidents étaient disparus fin février, lorsque l'enfant est brusquement saisi d'angoisse extrême avec dyspnée, palpitations. Il s'affaisse, couvert de sueur, avec respiration lente et pénible, sans perte de connaissance, malgré une extrême pâleur. Pouls petit et irrégulier de 100 à 120, sans aucun signe physique au cœur; absence de bruit de galop et de dilatation.

Ces syncopes se renouvellent quatre à cinq fois par jour pendant deux semaines, celle du soir durant jusqu'à cinq minutes et le pouls cessant. Aucun sentiment prémonitoire, comme sensation de chaleur, n'annonce l'accès : le début en est brusque, inopiné; faiblesse et palpitations dans l'intervalle.

Elles diminuent progressivement de fréquence et de gravité pour cesser pendant trois semaines; mais elles reparaissent bientôt en envoyant l'enfant à l'école en mai. Présenté à la Société de médecine de Berlin, le 18 juin, le malade n'était pas encore guéri, bien que le pronostic fût favorable. (*Arch. de médecine*, avril).

Cet affaiblissement est souvent, d'après Beverley Robinson, la conséquence du séjour dans un air impur, agissant comme poison cardiaque. Une stase sanguine a lieu alors dans les vaisseaux du cou. La strychnine et la digitale sont très efficaces en pareil cas avec le changement d'air, sinon de climat. (*Ann. des malad. du larynx*, décembre 1883.)

*Mort subite dans la convalescence.* Trois exemples en sont ·latés par Ferguson qui, en trouvant dans deux cas une ·plétion considérable du ventricule droit, conclut à la ıralysie soudaine du cœur par un effort ou une émotion olente. Elle pourrait donc être la suite de la parésie caraque. (*Med. News*, 1883.)

*Résultats de la trachéotomie.* Une statistique des malades ıtrés au pavillon d'isolement de l'hôpital Trousseau en ·83 donne des résultats extraordinairement satisfaisants. ır 606 cas de diphthérite, dont 165 angines, celles-ci ont ›nné 100 guérisons et 65 morts. Des 359 croups opérés, y a eu au contrairè 244 décès et 115 guérisons, soit 32 °/o pérés. Cette proportion est la plus satisfaisante qui ait été ›tenue depuis longtemps à la suite de l'opération et elle ffre d'autant plus d'intérêt que les internes de l'hôpital nt, avec l'approbation de leurs chefs de service, l'habitude 'opérer dans tous les cas où un enfant, si gravement atteint u'il soit, est encore susceptible de supporter l'opération. ›e plus, sur les 359 opérés, il y avait environ 40 croups ıorbilleux et 30 croups chez des enfants âgés de moins de .eux ans. Sur les 115 enfants guéris après opération, il y .vait 1 enfant de treize mois; 3 au-dessous de vingt mois; petits malades atteints de croup morbilleux. Les croups nortels sans trachéotomie étaient accompagnés d'angines ıypertoxiques et sont survenus quelques heures après leur ·ntrée. (*Revue des mal. de l'enfance.*)

Sur 319 cas observés à la Charité de Berlin, en 1882 et .883, dont 216 sur des enfants de deux à six ans, la mortaité fut de 208, surtout parmi les enfants au-dessous de trois ıns dont 17 seulement échappèrent à la mort sur 118. Cette nortalité considérable est attribuée au génie épidémique ›ar le docteur Hénoch qui relate ces chiffres, mais sans ›égliger de montrer les complications pouvant en rendre ·ompte. Le larynx était atteint chez 145 malades dont 129 ›nt succombé et les 174 autres ont donné 79 décès. 138 tra·héotomies n'ont donné que 16 guérisons, la scarlatine con·écutive ayant enlevé 17 opérés, et sur 66 enfants trachéoomisés au-dessous de trois ans, 2 seulement ont survécu. Soc. *méd. de Berlin*, novembre.)

*Mesures prophylactiques.* La fréquence croissante de la diphthérie à Paris, dont les décès se sont élevés au chiffre effrayant de 1951 l'année dernière, place au premier rang d'utilité les études sur les causes de cette marche envahissante et sur les mesures sanitaires susceptibles d'en atténuer la contagiosité. Les capitales de plusieurs états contigus à la France sont décimées encore plus que Paris. Un travail du docteur Janssen, de Bruxelles, montre que sur une série de trente grandes villes d'Europe, Amsterdam et Berlin occupent les deux premières places dans cette mortalité diphthéritique : 265 décès par cent mille habitants dans la première, et 245 dans la seconde en 1883. Paris occupe le milieu de l'échelle avec 85 décès, tandis que Bruxelles en compte seulement 35. La mortalité de Malines et Anvers ayant augmenté en 1884, il importe de mettre Paris et la France tout entière à l'abri de cette recrudescence épidémique.

Un mémoire, adressé au préfet de la Seine par le docteur Ollivier, a été aussitôt soumis au Conseil d'hygiène qui, par l'organe de son rapporteur, a prescrit les mesures suivantes dans une instruction rendue publique.

La diphthérie est éminemment contagieuse. Toute relation des enfants avec ceux qui en sont atteints doit être évitée. On ne connaît jusqu'à ce jour aucun médicament qui préserve de cette maladie. Il est très important de surveiller attentivement le début de tout mal de gorge et, en temps d'épidémie surtout, de nourrir les enfants aussi bien que possible, et de ne pas les soumettre à l'action prolongée du froid humide.

Dès que la diphthérite se déclare dans une famille, il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants.

Celles qui le soignent éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux. Lorsqu'elles ont des crevasses ou de petites plaies, aux mains ou au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion. Elles se nourriront bien, et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air, en se lavant préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant par litre 10 grammes

l'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique. Enfin elles viteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du nalade.

Les familles à Paris désirant faire soigner leurs enfants . l'hôpital, s'adresseront le plus tôt possible au poste entral de police de leur arrondissement ou au Commisariat central de police de leur quartier, et il sera mis gratuitement à leur disposition, sur le vu d'un certificat de nédecin, une voiture pour le transport.

Toutes les matières rendues par la toux et les vomissenents seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre. Les linges, vêtements, etc., souillés par le malade, seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins. Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante.

Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la manière suivante : Après avoir fermé toutes les ouvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube). La chambre restera close pendant vingt-quatre heures, puis sera largement aérée. Les vêtements, linges, draps et couvertures ayant servi au malade seront désinfectés avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment. Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre, pendant la fumigation.

*Fumigations carburées.* En allumant dans la chambre des malades, dès le début des premiers symptômes diphthéritiques, un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz, il se dégage une fumée très intense jouissant de la propriété, selon le docteur Delthil, de ramollir et de dissocier les fausses membranes, bientôt expulsées sous forme de sécrétions catarrhales. Une amélioration rapide en est la conséquence en persistant dans ces fumigations intenses qui ne provoquent pas la toux.

A la suite d'une trachéotomie pratiquée contre une diphthérite généralisée, l'opéré, soumis à ces fumigations, expulsa des fausses membranes bronchiques et trachéales fluidifiées et guérit. ( *Acad. de méd.*, mars.)

Rien de nouveau dans tout ceci, puisque les inhalations de ces deux produits ont été faites séparément à l'usine et dans la chambre. Devant les insuccès précédents, des guérisons bien constatées pouvaient donc seules justifier le titre de spécifique que l'auteur donne à ce traitement. On peut l'essayer sans aucune illusion, car des expériences ayant été faites dans divers services des hôpitaux, il n'y a pas eu, sauf un exemple très remarquable de guérison observé par le docteur Féréol, un effet bien sensible sur les fausses membranes.

D'autres inhalations analogues sont également employées comme spécifique. L'*infusion d'eucalyptus* est ainsi faite dans la chambre du malade par le docteur Murray Gibb, en appliquant topiquement avec un pinceau, sur la muqueuse malade, une faible solution de perchlorure de fer dans de la glycérine. Il aurait guéri de nombreux cas de diphthérite, alors que d'autres médecins perdaient leurs malades par les méthodes ordinaires. Un seul enfant de huit mois a succombé dans une famille où six avaient eu simultanément la diphthérite. (*Lancet*, 1er septembre 188[illegible]3.

Le mélange suivant est préconisé par le docteur Ren[illegible]u

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique | 280 | grammes |
| Acide salicylique | 56 | — |
| Acide benzoïque | 112 | — |
| Alcool rectifié | 468 | — |

Une cuillerée à bouche de cette solution, versée toutes [illegible] trois heures dans deux litres d'eau en ébullition dans [illegible] chambre, en concentrant la vapeur par les rideaux auto[illegible] du malade, suffirait à obtenir la guérison dans la plupa[illegible] des cas. Sur 15 angines diphthéritiques avec ou sans cro[illegible] et même la trachéotomie, il aurait eu 13 guérisons. (*Jou[illegible] de méd. et chir. prat.*, art. 12532.)

Malheureusement la relation des faits manque à l'app[illegible] et outre les accidents d'intoxication ou de suffocation rés[illegible]tant de ces inhalations, aussi bien pour les malades q[illegible] pour les personnes qui les soignent, il est difficile d'adm[illegible]t

tre des résultats aussi merveilleux. Il suffit d'essayer l'un ou l'autre de ces moyens pour éprouver des échecs, et si on en fait l'objection aux auteurs de toutes ces panacées, ils n'ont qu'une seule réponse : c'est qu'on n'a pas employé rigoureusement leur méthode. Ce qui semble dire qu'ils ont seuls le pouvoir d'obtenir ces guérisons.

*Sublimé corrosif.* Ce redoutable poison vient d'être essayé comme antidiphthéritique aux États-Unis, malgré les insuccès répétés obtenus depuis longtemps en Europe avec les autres mercuriaux. Le docteur Linn, de Villiamport, en est l'initiateur pour l'avoir administré dès le début à doses massives et fréquentes, soit de 3 à 4 milligrammes aux enfants au-dessous de dix ans toutes les deux à quatre heures. Les fausses membranes se détachent sans reparaître ensuite. Mais de ces prétendus succès obtenus par divers imitateurs, pas un exemple concluant n'est cité, et l'on peut juger par les deux suivants du docteur Herr, de Philadelphie, qui l'a récemment employé dans une épidémie de diphthérite très meurtrière, ce qu'il faut en penser.

I. Enfant de quinze mois présentant une exsudation diphthéritique très étendue. Cas type et, au début, 4 milligrammes et demi de sublimé furent administrés toutes les deux heures, soit 18 milligrammes en huit heures, en espaçant ensuite chaque dose de quatre heures jusqu'à 10 grains avec un traitement tonique et hygiénique convenable. L'exudation disparut bientôt sans aucun traitement local.

II. Enfant de deux ans dont le frère était mort de l'épidémie malgré le perchlorure de fer et l'acide chlorhydrique. Le sublimé donné de la même manière dès le début du mal amena la dissolution et le détachement des fausses membranes.

Il n'y a pas d'autre détail sinon que, dans certains cas, les fausses membranes, loin de disparaître, semblent s'étendre sous l'influence du traitement. Ce n'est donc pas un spécifique et l'administration du remède dès le début, *avant que le poison diphthéritique ait compromis gravement les forces*, pourrait bien être tout le secret de ces prétendues guérisons. Dès que l'effet thérapeutique apparaît, le mercure doit être suspendu. (*Therap. gazett*, janvier.)

**DRAINAGE PÉRITONÉAL.** Aux craintes exagérées de l'inflammation du péritoine par le moindre traumatisme de cette séreuse, a succédé, depuis les progrès de la nouvelle chirurgie abdominale, une assurance sans limites de son innocuité. Son drainage prophylactique, institué comme règle dans la plupart des opérations pratiquées sur cette membrane étendue, pour prévenir la rétention et l'accumulation des liquides dans sa cavité, est restreint de plus en plus. Contre Bardenheuer qui, en Allemagne, en voit encore l'indication dans les cas simples, Martin, de Berlin, oppose la pratique générale et la sienne en particulier pour en réduire l'indication à deux seules catégories d'opérations, d'après les raisons suivantes.

Le péritoine, dit-il, jouit d'une faculté de résorption presque illimitée et sa sensibilité à l'irritation est presque nulle. L'important n'est pas la quantité des matières qu'il a à digérer ou à supporter, mais leur qualité. Si celles-ci ne sont pas infectées, septiques, ne renferment aucun germe de décomposition et qu'il n'en pénètre pas durant l'opération, le péritoine les résorbe, sinon elles s'enkystent, s'éliminent par l'intestin ou par d'autres ouvertures accidentelles. La sensibilité de cette membrane est très faible pour toutes les irritations aseptiques; une exsudation en résulte-t-elle, que sa faculté de résorption en amène aussitôt la guérison sans aucun danger pour l'organisme. Le drainage, si nécessaire après l'ouverture d'une articulation ou d'une plaie profonde des parties molles, l'est aussi peu contre celles du péritoine. Les premières ne guérissent pas sans produire des sécrétions et leur défaut de résorption permet de les désinfecter dans toute leur étendue, ce qui est impossible dans le péritoine à cause de sa grande surface et de tous ses plis et recoins.

Si l'inoculation de germes septiques est, d'après l'expérience clinique, un danger de toutes les opérations sur le péritoine, le drainage paraît le moyen le moins propre à les écarter en ouvrant de nouvelles portes à l'infection. Le succès dépend surtout des mesures préparatoires et de l'asepticité de ces opérations. Peu importe comment elle est obtenue, pourvu que la chambre, les instruments et les mains de tous ceux qui y prennent part, aides, infirmières et spectateurs soient d'une propreté assurée et

complète. L'armentarium doit être aussi simple que possible.

Les deux conditions où le drainage prophylactique est indiqué sont des opérations où une antiseptie rigoureuse ne peut être obtenue par une dësinfection unique, en mettant les parties en décomposition hors d'état de nuire et quand il est impossible de les enlever. Tels sont les kystes de grossesse extra-utérine et les collections extra-péritonéales de pus ou de sang. Il faut en effet, laisser éliminer le placenta et les parois des cavités contenant un pus épaissi ou de vieilles couennes, à défaut de pouvoir les enlever, ces produits ne pouvant se résorber. Dans ces cas, il faut fermer ces cavités du côté de l'abdomen, c'est-à-dire en haut, afin que les matières éliminées ne puissent toucher le péritoine intact en leur créant une voie d'écoulement par le drainage vers le vagin. Sur 42 laparatomies faites du 1er avril 1881 au 1er avril suivant, le drainage établi seulement dans 4 cas pour une grossesse extra-utérine, une tumeur intra-ligamenteuse suppurée et deux kystes sanguins extra-péritonéaux, lui donna une guérison complète en suturant dans le premier cas le bord antérieur du kyste à son bord postérieur adhérent à l'S iliaque. Il resta assez de paroi du kyste intra-ligamenteux pour fermer la cavité après l'énucléation de la tumeur et il fallut en réséquer une grande partie dans les deux autres pour qu'elle ne fût pas trop grande. La réunion, faite par une suture de cordonnier, permit d'établir le drainage avec une pince à pansements armée du drain et poussée vers le vagin en tendant la voûte vaginale avec deux doigts de l'autre main à sa rencontre. Deux ouvertures séparées furent ainsi pratiquées dans trois cas, en fermant la cavité péritonéale par-dessus le drain. Après la toilette du péritoine, le ventre était fermé et la réunion s'en est toujours faite par première intention.

Les opérations créant une communication entre le péritoine et l'extérieur, et dont les sécrétions des voies de communication ne peuvent être maintenues aseptiques, comme dans le vagin, exigent également le drainage. Telles sont les extirpations de l'utérus. Des ligatures et des sutures entre le péritoine et le vagin étant indispensables, ces fils, gros et nombreux, forment un pont dangereux pour l'extension sur le péritoine de la décomposition des sécrétions vaginales si redoutable et si difficile à éviter.

Après 24 extirpations vaginales de l'utérus, Martin ne trouve pas le drainage difficile, en plaçant un tampon d'ouate salicylée à l'extrémité saillante du drain qu'il replie dans le vagin comme dans le premier cas. Le tampon est retiré après vingt-quatre heures et, à partir du troisième au quatrième jour, une injection vaginale quotidienne est pratiquée avec de l'eau tiède phéniquée à 1 1/2 0/0 jusqu'à la chute du drain. Des sécrétions fétides exigent seules ces injections, et le nettoyage des drains et de l'espace de Douglas n'est indiqué que par la décomposition marquée de l'écoulement ou de frissons avec fièvre.

L'ouverture du plancher du bassin a guéri rapidement dans ces conditions après la chute du drain. En quinze jours, la cavité abdominale était toujours fermée. En enlevant les fils dès le quatorzième jour, des tampons de ouate iodoformée ensuite ont facilité la cicatrisation.

En cas d'infection, le drainage péritonéal réussit rarement, soit en rouvrant le ventre, soit en l'établissant par le vagin en différentes parties de la cavité abdominale. On arrive toujours trop tard par l'obscurité des symptômes. Sur 8 cas, il y eut une seule guérison. (*Wolkmann klin. Worträge*, n° 219, et *Revue de chirurg.*, décembre 1883.)

**DYSPNÉE.** *Influence de la chaleur.* Des expériences faites sur le chien par M. Ch. Richet, en provoquant des contractions musculaires violentes par des excitations électriques, lui ont montré qu'en augmentant la chaleur du corps il s'ensuivait une accélération très marquée de la respiration. Une température de 40 degrés et demi détermine ainsi de 200 à 340 respirations par minute, sans que la température extérieure ait varié.

De même aussi les chiens placés dans une étuve de 38 à 41 degrés deviennent très anhélants avec une respiration de 300 à 340 par minute, bien que contrairement aux premiers leur température centrale n'ait pas varié et reste la même qu'au début de l'expérience.

D'où deux espèces de dyspnée : la première est appelée thermique centrale et la seconde thermique réflexe. (*Acad. des sciences.*)

Cette dernière résultant chez le chien d'un appareil de réfrigération remplaçant la transpiration cutanée, il n'y a

pas à en faire l'application à l'homme. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'y insister.

**Dyspnée cardiaque.** *Nitrite d'amyle.* Due à l'asthénie et à la dégénérescence de la fibre musculaire, chez un homme de trente-trois ans atteint de néphrite interstitielle, elle a cédé merveilleusement à l'emploi du nitrite d'amyle. Cet homme était pris la nuit d'orthopnée et de symptômes d'angine de poitrine. Le docteur Fiessinger fait inhaler 10 gouttes de nitrite d'amyle et aussitôt l'angoisse précordiale disparaît, remplacée par un bien-être relatif. En faisant usage de ce remède, il ne fut plus repris de ces accès de suffocation avec angoisse douloureuse qui le mettaient aux portes de la mort. (*Revue de méd. de l'Est*, n° 6.)

Il ne faut pas confondre toutefois cette dyspnée cardiaque avec celle de l'asthme spasmodique ni la variété de gêne et d'essoufflement avec ou sans complications congestives, bronchiques ou pneumoniques, contre lesquelles ce médicament ne donne pas de soulagement.

**Dyspnée nerveuse.** Sous le nom de *chorée respiratoire*, le docteur Ferrand signale une dyspnée essentielle chez un cultivateur de vingt ans, sans antécédents, quoique souffrant légèrement du côté gauche. Survenue brusquement à 70 inspirations par minute, elle cesse dans le sommeil. Le rythme en est particulier : au début, il y avait huit inspirations rapides, suivies d'une pause plus longue, qui ont diminué graduellement jusqu'à deux inspirations brusques avec une pause et une forte inspiration de temps à autre. Tel est l'état actuel, sans rien au cœur, ni aux poumons, ni dans les organes des sens. Le malade ne pouvant se nourrir normalement est très affaibli et ne peut marcher sans que les divers traitements essayés et la quinine entre autres aient donné un résultat satisfaisant. Ces phénomènes, rapportés à l'impaludisme, ne peuvent être expliqués que par les lésions des centres ou une compression des nerfs du plexus solaire qui se rencontre surtout chez les vieillards. Il s'agit de vérifier l'état de la rate, et, en cas de gonflement, donner un gramme de bisulfate de quinine, selon M. Duboné, de Pau. (*Congrès de Blois*, août.)

**Dyspnée après la thyroïdectomie.** V. THYROÏDECTOMIE.

# E

**EAUX MINÉRALES.** La statistique officielle, dressée par le ministère des travaux publics, montre qu'il y a en France 1027 sources minérales exploitées, dont 319 sulfureuses, 357 alcalines, 136 ferrugineuses et 215 salines. 386 de ces eaux sont froides, c'est-à-dire au-dessous de + 15°; 641 sont thermales, c'est-à-dire au-dessus de + 15°.

Les départements qui renferment le plus grand nombre de sources exploitées sont les suivants : Puy-de-Dôme, 94; Ardèche, 77; Vosges, 76; Ariège et Pyrénées-Orientales, 69; Hautes-Pyrénées, 64.

Est-on curieux de savoir combien de malades sont allés demander en 1883 à ces sources la guérison de leurs affections? Ce sont les Hautes-Pyrénées qui en ont attiré le plus grand nombre. Ce département à lui seul a reçu 44, 476 visites. Viennent ensuite le Puy-de-Dôme, 18, 619, l'Allier, 16, 430, la Haute-Garonne, 14, 230, les Landes, 12, 954. Le débit de toutes les sources de France est de 46, 412 litres par minute.

*Les eaux sulfureuses iodo-bromurées de Gazost et la vallée d'Argelès* (Hautes-Pyrénées), brochure grand in-8 de 24 pages, Paris, extraite des leçons faites par le professeur Armand de Fleury (de Bordeaux) sur les eaux de France. Cette brochure se distingue autant par l'étendue des connaissances que par l'authenticité des observations qui y sont relatées. Elle ne doit donc pas être confondue avec celles qui n'ont pas le plus souvent ces caractères. C'est une nouvelle source qui, récemment aménagée, fait espérer de sérieux résultats.

**Eaux de Vichy.** L'identité de leur base de minéralisation, le bicarbonate de soude, avec différentes sources de ce groupe, comme le soufre dans celui des Pyrénées notamment, n'empêche pas que chaque source soit spécialement indiquée contre les maladies particulières à différents organes. Certaines variétés de minéralisation, de therma-

lité, de température et des agrégations chimiques particulières à la base principale en sont les raisons positives ordinaires. Des trois sources maîtresses de Vichy, l'Hôpital s'adresse ainsi particulièrement aux affections de l'appareil gastro-intestinal avec ses succédanées Clunale et Lardy; la grande Grille à celles du foie et les Célestins à celles de l'appareil urinaire et à la goutte : telles sont leurs attributions traditionnelles, universellement acceptées des médecins.

Mais trompeuse est cette simplicité thérapeutique, suivant M. Durand Fardel, le médecin autorisé de ces eaux. Se basant sur leur action altérante et reconstituante générale, d'une part; résolutive et substitutive locale de l'autre, il montre que leur usage interne convient surtout suivant l'état plus ou moins aigu, torpide ou irritable des organes auxquels elles s'adressent exclusivement. L'usage interne des eaux de la grande Grille contre les maladies du foie ne manque pas ainsi de provoquer ou d'exaspérer les coliques hépatiques. On a cru long-temps que c'était là un effet purement curatif. C'est une erreur. Elles sont déterminées simplement par l'irritabilité ou les congestions du foie. Remplacez-les par celles de l'Hôpital et les coliques cesseront bientôt; en même temps que la résolution, la guérison se produira simultanément. D'où la conclusion que l'eau de la grande Grille exerce une excitation des éléments organiques du foie dont la persistance ou l'exacerbation des coliques hépatiques sont le signe. Elles en sont donc la contre-indication formelle, malgré la tradition; il faut y substituer en pareil cas celle de l'Hôpital.

De même de celle des Célestins contre les maladies de l'appareil urinaire. L'éveil ou le retour des coliques néphrétiques, parfois même des hématuries rénales, en sont la conséquence lorsque les reins sont le siège de douleurs. La vessie en manifeste de même le contre-coup dès qu'elle est irritée; la dysurie se montre alors. Ce sont les signes de la contre-indication de cette eau qu'il faut s'empresser de remplacer alors par celle de l'Hôpital ou de la grande Grille.

Loin d'être empiriques, ces contre-indications résultent de l'observation clinique. L'affinité spéciale de ces sources pour un appareil distinct comporte une excitation des

éléments organiques qui les contre-indique positivement. Très salutaires dans l'état torpide de ces organes, elles deviennent offensantes lorsqu'ils sont dans un état irritable. Leur usage devient ainsi la pierre de touche ou le réactif même de l'état des organes malades.

Ces données thérapeutiques ne sont applicables ni aux eaux transportées, ni à celles qui sont prises en bains. Mais leur inhalation à la source produit le même effet que leur usage interne. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.)

**Eaux de Seine.** L'analyse qui en a été faite par le docteur Daremberg au laboratoire municipal, avec le concours de son directeur, a décelé un degré d'altération incroyable de ces eaux. Tandis que l'eau pure et saine contient seulement 1 à 3 milligrammes de matières organiques par litre contre 8 d'oxygène, ce nouvel examen a constaté jusqu'à 38 milligrammes des premières en aval de Paris, au niveau de Levallois-Perret et de Saint-Ouen, tandis que l'oxygène ne s'y trouve plus que dans la proportion de 4 à 5 milligrammes; que l'on juge de son insalubrité!

C'est pire encore au niveau de Clichy au-dessus de l'égout des machines, où le petit bras du fleuve ressemble à une fosse d'aisances. A chaque instant, viennent crever à sa surface des bulles gazeuses du volume d'une orange. Sur les bords, des amas de vase avec des masses de bouchons graisseux et des charognes qui surnagent : c'est là qu'est établie la prise d'eau distribuée à Montmartre. Plus bas est le canal d'assainissement qui apporte à la Seine le trop-plein des usines de poudrette. De là l'énorme proportion des matières organiques constatées en aval. Elle varie ainsi de 20 à 24 milligrammes dans les conduites d'Aubervilliers et autres localités du Nord alimentées par ces eaux infectes et nauséabondes.

Il y a trente ans, O. Henry avait trouvé seulement 4 milligrammes de matières organiques dans les eaux distribuées aux Parisiens. Leur infection a donc plus que quintuplé depuis. Il en résulte, après calcul, qu'une personne faisant usage des eaux de la compagnie et de la ville absorbe par jour environ *un centimètre cube de matières fécales.*

D'où cette conclusion énergique qu'il est coupable de faire boire une telle ordure à la population, en lui faisant réab-

sorber de la sorte une partie de ses excréments. Il faut donc cesser de verser les eaux d'égouts à la Seine ou fermer les prises d'eau de ce fleuve pour la distribuer, en donnant des eaux de source aux habitants de Montmartre; aucune ouverture d'égout, ni aucune prise d'eau publique ne pouvant désormais avoir lieu sans l'assentiment des Conseils d'hygiène.

Stupéfaite de ces déclarations, l'Académie de médecine s'est vivement récriée sur l'impéritie coupable des édiles. D'autant plus qu'il y a un an, M. Rochard avait déjà appelé l'attention à propos de l'épidémie de fièvre typhoïde régnante, sur la pollution de l'eau de Seine en amont de Paris, non seulement par les eaux de la Marne altérées par 20 égouts, les usines et les fabriques qui y déversent leurs déchets, mais par les déjections de 12 à 15 communes formant une agglomération de 80 000 habitants. Toute prise d'eau devrait donc remonter au-dessus de Charenton et même de Choisy. D'où la protestation énergique contre la violation de la loi par la ville de Paris distribuant ainsi à ses administrés une eau putride et dangereuse. M. Daremberg la rappelle énergiquement au respect de la loi, qui interdit aux riverains de souiller les cours d'eau.

Devant cet orage croissant, une commission a été nommée pour formuler un vœu qui s'est limité, sur le rapport du président du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Brouardel, aux deux conclusions suivantes :

I. L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, qu'elle qu'en soit la provenance.

II. La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse; toute projection de cette nature, quelle qu'en soit la quantité dans les eaux de source, de rivière et de fleuve, doit être absolument et immédiatement interdite. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Le vote de ce vœu a immédiatement fait fermer l'usine Lesage qui, à Billancourt, empoisonnait la Seine. Qu'en sera-t-il du reste?

*Action du thé.* On admet trop généralement que le thé corrige une eau potable de mauvaise qualité et l'améliore sensiblement. Le docteur Fleury, pharmacien principal, a vérifié cette tradition *par l'expérience* suivante :

Deux solutions, l'une de sulfate de chaux, l'autre rure de magnésium, ont été traitées par 10 p d'excellent thé vert. Le dosage de la chaux et de la a été fait comparativement dans la solution pri dans l'infusion théiforme; or, on n'a point cons l'eau eût perdu une portion sensible de chaux et magnésie, cette perte ne s'est élevée qu'à 6 pour quantité initiale. Ainsi le thé élimine très peu des l reuses contenues dans les eaux de mauvaise qualité savoir s'il agit sur les matières organiques, qui co parfois à l'insalubrité des eaux; la chose est doute ne pourrait résoudre cette question que par des ex tations d'ordre physiologique. L'ébullition nécessair servant à la préparation de l'infusion de thé doit n détruire les micro-organismes qui peuvent s'y renc au point de vue de la doctrine parasitaire, c'est là cipal danger.

**EMPOISONNEMENTS.** *Myélite centrale conséc* fréquence des paralysies à la suite des intoxicati l'arsenic, le plomb, le mercure, a conduit Popow à des expériences sur les chiens avec ces différents pour vérifier quelle en était la cause. D'origine cent les uns, elle est périphérique pour d'autres et il s'a fixé positivement à cet égard.

L'*arsenic blanc*, administré à doses graduées de à permettre la vie de quatre heures à sept mois, que l'altération commence dans les vaisseaux e bientôt aux éléments nerveux de la substance gr myélite centrale aiguë se développe ainsi rapideme la polyo-myélite aiguë de Webb. Toutes les portio moelle sont indistinctement atteintes, sans aucun sation spéciale. La substance blanche n'y prend p dernier degré, à cause de sa faible vascularité, et d ainsi une myélite diffuse.

L'empoisonnement *avec le plomb* ayant duré d vingt-six jours a produit une myélite centrale gé dont le parenchyme était le principal siège. La s blanche n'était envahie que dans son plus grand pement ainsi que les fibres nerveuses et le tissu c *Aucune* apparence de la névrite péri-axiale de Gom

fut rencontrée dans les nerfs périphériques, sans nier qu'elle puisse apparaître secondairement. Les symptômes nerveux de cet empoisonnement, comme les crampes, l'anesthésie, paraissent donc résulter de la disparition des éléments nerveux de la moelle, et ne peuvent être ainsi rapportés aux nerfs périphériques; l'action inflammatoire détruisant aussi rapidement les cellules ganglionnaires que les groupes de la substance grise.

Les expériences avec le *chlorure de mercure*, ayant laissé vivre les animaux de quatre à quarante cinq jours, ont amené des lésions semblables aux agents précédents. Les premières altérations s'observèrent dans la substance grise seulement, puis dans les colonnes de la substance blanche, alors que les nerfs périphériques restaient intacts. Les symptômes cliniques doivent donc s'expliquer par cette myélite centrale et il y a dans cette lésion anatomique un nouveau signe précieux de l'empoisonnement, en cas de doute au point de vue médico-légal. (*Virchow arch.*, vol. 43.)

**Empoisonnement par la belladone.** Au lieu de feuilles sèches de chicorée sauvage qu'on lui demandait, un pharmacien délivra par erreur 15 grammes de feuilles de belladone. Une infusion fut faite avec la moitié pour deux bols d'eau bouillante. Le premier bol fut administré le soir à un homme de quarante-deux ans qui s'était purgé le matin, avec diète absolue toute la journée. Moins d'une heure après, la sécheresse de la gorge, la perte de la parole et de la vue firent appeler le docteur Masse, qui constata la pâleur de la face, la dilatation des pupilles et le refroidissement général. La vue des feuilles ayant décelé la méprise, un vomitif fut administré malgré le temps écoulé et la faible dose du poison absorbé, 3 grammes 50 environ. Réchauffement et sinapismes. Après les vomissements, une tasse de café très fort fut administrée, mais les hallucinations et le délire empêchant de continuer, on y substitua deux injections morphinées de 2 centigrammes chacune; bientôt le calme survint et le malade s'endormit. Cinq pilules de 2 centigrammes d'extrait d'opium furent administrées ensuite pour combattre l'excitation de la belladone qui ne manqua pas de persister encore le lendemain; puis tout rentra dans l'ordre sans autre incident.

Tout l'enseignement de cette intoxication accidentelle est l'intensité des accidents devant la faiblesse de la quantité d'atropine absorbée. L'état du malade y a certainement beaucoup contribué ainsi qu'au refroidissement. Mais l'ordre dans lequel la médication a été suivie est le fait capital de ce curieux cas, au point de vue médico-légal. (*Bull. de thérap.*, mai.)

**Empoisonnement par le laudanum.** En opposition avec le fait précédent et pour mieux en accentuer le contraste, le docteur Ory cite une jeune femme qui avait pris 20 grammes de laudanum de Sydenham dans un but coupable. Une demi-heure ensuite, il y avait pâleur et refroidissement général avec hébétude, somnolence invincible, contracture des pupilles. Appelé trois heures et demie après l'ingestion du poison, le médecin injecte sous la peau 5 milligrammes de sulfate d'atropine qui amendent bientôt les accidents. Mais quatre heures plus tard, le coma se manifeste avec troubles respiratoires et asphyxie. 25 gouttes d'éther sont immédiatement injectées sous la peau et bientôt les couleurs reparaissent, la respiration est meilleure, la malade se réveille et reprend connaissance. Cinq heures après, tout danger était conjuré. (*France méd.*, 1883.)

D'où l'indication de ne pas abandonner légèrement les malades dès qu'ils se trouvent mieux. Il ne suffit pas d'atténuer les accidents par une première dose du contre-poison ou d'antidote. L'accumulation du poison dans l'organisme peut reprendre le dessus, dès que l'action de cette première dose est épuisée. Il faut la renouveler, la répéter souvent pour neutraliser le poison ingéré, comme l'exemple précédent le prouve. Tout n'est pas de trouver l'antagoniste, mais d'en proportionner la dose au poison absorbé.

L'antagonisme de ces deux poisons ne permet pourtant pas d'escompter le succès. Un grain et demi de morphine ayant été injecté hypodermiquement sous la peau à une femme cancéreuse pour calmer ses douleurs, elle tomba aussitôt dans la stupeur et le coma.

Plusieurs injections d'atropine, pratiquées successivement par le docteur Manby jusqu'à la dose totale de 30 gouttes de solution, furent complètement inefficaces, malgré les *autres* excitants et les courants électriques appliqués sur la

région cardiaque. (*Soc. de méd. de Cambridge*, 4 juillet.)

**Empoisonnement saturnin.** L'*élimination du plomb par la peau*, restée jusqu'ici douteuse et incertaine dans les traités allemands et affirmée par M. Rabuteau sans preuve, a été démontrée expérimentalement par le professeur Du Moulin devant l'Académie de médecine de Belgique. La peau d'un saturnin prit une couleur noire en appliquant dessus une solution à 5 0/0 de monosulfure de sodium, NaHS, dans l'eau distillée; le sulfhydrate d'ammonique convient également. Avec une baguette de verre trempée dans ces réactifs, il put tracer de véritables caractères sur toute la surface du corps, aussi bien sur les parties libres que les parties cachées, à l'aisselle et à l'avant-bras, établissant par là que ce n'est pas la réaction d'une poussière déposée artificiellement. Un lavage complet empêche l'écriture de se produire, tandis qu'elle reparaît graduellement plus intense les jours suivants.

Aucun doute n'est donc possible, car l'expérience, répétée sur 14 saturnins à différents degrés, a donné le même résultat à une seule exception près chez un homme atteint d'une paralysie saturnine chronique qui, à raison de ce fait, n'avait pas manié de plomb depuis un an. Il n'en présentait pas trace au réactif sur les parties les plus fines de la peau; l'épiderme épaissi des genoux donna seul une réaction évidente par son défaut de renouvellement. C'est donc une nouvelle preuve de la sécrétion cutanée du plomb.

Le lavage de la peau avec l'eau distillée, froide ou chaude, ne donne pas trace de plomb. Une solution de tartrate ammonique en donne au contraire des quantités considérables. Son élimination par les urines et la bile, la salive, n'en donnant que des quantités infinitésimales, c'est donc à la peau qu'il faut s'attaquer dans cet empoisonnement, d'autant plus que les saturnins ne transpirent pas. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique.*)

**Empoisonnement par l'iode.** *Contre-poison.*

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Amidon | 8 | gram. |
| Eau | 150 | — |

Faites bouillir et ajoutez :

| | | |
|---|---|---|
| Lait de magnésie *calcinée* | 150 | — |

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes. (*Revue médicale de Toulouse.*) Voy. AUTO-INOCULATION.

*Stomatite du bismuth.* Voy. PANSEMENTS.

**EMPYÈME.** *Pleurotomie antiseptique précoce.* Après la thoracentèse de Trousseau, reconnue insuffisante, le docteur Moutard-Martin n'a pu faire prévaloir et accepter comme règle une large ouverture de la poitrine ou empyème qu'après avoir employé la canule à demeure, le siphon, le drainage. Il avait alors à se défendre de sa hardiesse contre des adversaires qui ne se trouvaient pas convaincus par ses succès. On ne la pratiquait ainsi qu'après plusieurs atermoiements, en présence d'accidents graves ou les menaces d'une mort prochaine, comme de longues et solennelles discussions l'ont confirmé. (Voy. *année* 1872.)

Devant les succès croissants de son principal auteur, et le crédit des méthodes antiseptiques (Voy. *année* 1882), l'empyème ne tarda pas à être généralement accepté et mis en pratique. S'il est encore un épouvantail pour les vieux praticiens n'y recourant qu'à la dernière extrémité, après avoir épuisé la série de tous les autres moyens thérapeutiques, les jeunes au contraire l'emploient avec audace, sur la garantie des antiseptiques, comme prévenant toute complication, sans tenir compte des faits exceptionnels, mais authentiques, de guérison spontanée de cette forme de pleurésie sans ponctions ou après une ou deux ponctions sans lavages. Au contraire, ne voyant jamais que la récidive et les lésions pathologiques découvertes par l'incision de masses plus ou moins volumineuses d'exsudats fibrineux, putrides, emprisonnés dans la plèvre, nageant dans le liquide et ne pouvant s'éliminer par la canule du trocart, ils jugent qu'une incision précoce s'impose dans tous les cas. Autrement, la fièvre et la diarrhée affaiblissent le malade et diminuent ses forces, disent-ils, le poumon comprimé, diminué, est bientôt envahi par la sclérose secondaire, sans retour possible à son volume primitif. Autant de conditions diminuant les chances de guérison si l'on attend. Confiants dans l'influence antiseptique pour conjurer les dangers de l'opération, leur main n'est plus arrêtée par cette crainte, ils en sont arrivés à formuler hardiment,

d'après les résultats de leur faible expérience : *Une pleurésie purulente étant donnée, faire l'empyème le plus tôt possible, dès qu'une première ponction aura été suivie de la reproduction du liquide.*

**Empyème précoce.** A l'appui de cette opération d'emblée, même à l'exclusion de la thoracentèse préalable, voici les motifs indiqués par le chirurgien de l'hôpital des Enfants, M. de Saint-Germain. « La thoracentèse, en soustrayant la plèvre à l'entrée de l'air, peut engendrer par cela même les accidents connus sous le nom d'expectoration albumineuse, d'œdème du poumon, de congestion pulmonaire rapide... En effet, on doit considérer la cavité pleurale, toujours remplie par le poumon à l'état sain, comme une cavité virtuelle plutôt que comme une cavité réelle. Mais quand la plèvre contient le poumon refoulé sur lui-même et un liquide, il se prépare une place pour une cavité réelle, qui existe dès qu'on a retiré le liquide sans laisser entrer l'air, d'autant plus que le poumon maintenu dans un espace restreint par les fausses membranes, qui ne manquent jamais dans la pleurésie, ne peut venir occuper cette place. Qu'arrive-t-il alors, surtout quand l'appel naturel du vide pleural se produit sur un organe très vascularisé, susceptible de se congestionner, et sur des membranes pouvant laisser transsuder un liquide, surtout quand un récipient vide ou une succion active augmentent l'énergie de cette action? Le sang se précipite dans le poumon : il y a une congestion énorme, cette congestion peut produire un nouvel épanchement dans la plèvre... Elle peut, si elle rencontre un obstacle à l'exsudation (fausses membranes tapissant la plèvre) se produire interstitiellement (œdème pulmonaire aigu). Lorsque le principal apport de la congestion est fourni par la circulation bronchique, la transsudation peut se faire à travers les bronches (expectoration albumineuse). Chacun de ces accidents peut tuer quand l'apport est trop rapidement considérable, surtout lorsque le second poumon n'est pas capable de suppléer le premier. On voit que l'entrée de l'air supprime la possibilité de tous les accidents, en maintenant l'équilibre entre les pressions atmosphériques intra-pulmonaire et extra-pulmonaire? *Je donne donc sans hésiter la*

*prééminence à l'empyème sur la ponction de la poitrine.* »

*Absence de lavages.* Éditée en Allemagne, cette nouvelle méthode de l'empyème précoce a été accueillie avec empressement à Paris, surtout après les succès de cette opération promulguée l'année dernière. (V. EMPYÈME.) Les deux guérisons relatées de cette intervention rapide, obtenues en vingt jours et en trois semaines, ont tenté le docteur Moizard qui, en renouvelant l'expérience à l'hôpital Cochin, a obtenu un résultat presque aussi prompt chez un homme de vingt-six ans, sans antécédent diathésique, atteint depuis cinq jours d'une pleurésie droite survenue brûsquement à la suite d'un refroidissement. Malgré le traitement, l'épanchement augmentant dix jours après l'entrée, une thoracentèse est pratiquée avec issue de 1,250 grammes de pus bien lié et non fétide. Il se reproduit rapidement et la température s'élevant de 38 à 39,5, l'empyème est pratiqué le 22 septembre, trois jours après la ponction, avec toutes les précautions antiseptiques. Lavage de la cavité pleurale avec la solution d'acide borique à 4 pour 100, puis pansement de Lister. Les pansements sont renouvelés sans lavage jusqu'au 20e jour où l'écoulement étant trouvé fétide, ce lavage fut répété une seule fois.

Avec la diminution rapide de l'écoulement, le drain fut enlevé un mois après, la plèvre se ferma en quelques jours et la cicatrisation externe ne tarda pas. Le 5 novembre, une guérison complète permettait à cet homme de quitter l'hôpital, sans aucune déformation thoracique ni phénomènes stéthoscopiques, sauf un peu de faiblesse vésiculaire à la base. 15 jours après sa sortie, il avait repris son travail.

Un succès semblable a été obtenu chez un garçon de six ans, atteint d'une pleurésie droite à la suite d'accidents bizarres paraissant liés à une scarlatine frustre. Le 7 mai, il y a dilatation du thorax, abaissement considérable du foie avec troubles fonctionnels si intenses qu'une intervention immédiate est nécessaire. La thoracentèse donne issue à deux litres de pus bien lié, sans fétidité. Aussitôt la fièvre tombe et l'appétit renaît, mais quatre jours après, l'épanchement se reproduit avec tous ses accidents, et son abondance rapide autant que l'élévation de la température rendant la ponction précaire, l'empyème est pratiqué dès le

11 mai, avec la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. L'incision faite dans le cinquième espace intercostal, en avant du grand dorsal, donne une grande quantité de pus comme la première fois; immédiatement la cavité pleurale fut détergée par un lavage avec une solution de chloral au 100e. Deux tubes à drainage furent placés avec un pansement de Lister renouvelé tous les jours sans aucun autre lavage. Comme après la ponction, l'appétit reparaît dès le lendemain, l'opéré est gai et la température rectale de 38° 6 devient bientôt normale. L'écoulement du pus diminua rapidement sans fétidité et les tubes tombaient le 14 juin avec cicatrisation complète cinq jours après. En trente-cinq jours, la guérison était définitive. Revu deux mois après, l'enfant jouissait d'une santé parfaite avec une respiration normale, sans déformation thoracique. (*Journ. de méd. et chirurg. pratiques*, janvier et septembre.)

Ce succès remarquable, dans les conditions graves où il a été obtenu, est d'autant plus encourageant dans cette voie que le docteur Caussidon en rapporte un tout semblable obtenu chez un enfant de quatre ans par la pleurotomie antiseptique, sans aucun autre lavage consécutif. La température devint normale dès le second jour et la guérison était complète en deux mois. (*Alger méd.*, février.)

De là l'enthousiasme de l'auteur pour ce nouveau traitement chirurgical qu'il recommande aussitôt en rééditant la formule allemande. Il ne met d'autre restriction à l'incision d'emblée de Wagner que la reproduction immédiate du pus, que la pleurésie soit simple ou tuberculeuse. Ce moyen est aussi pour M. Berger le plus sûr d'éviter plus tard la résection des côtes, ce qui ne l'a pas empêché de l'entreprendre inutilement après la thoracentèse et la pleurotomie dans un cas désespéré. (V. Résection costale.)

Un quatrième succès a été obtenu à l'hopital Tenon, service de M. Hanot, sur une modiste de vingt-trois ans atteinte de pleurésie purulente d'emblée et que deux ponctions successives n'avaient pu tarir. L'empyème fut alors pratiqué et, six semaines après, la guérison était complète, mais avec lavages antiseptiques répétés, en opposition à la méthode précédente. (*Arch. de méd.*, juin.)

Les règles du procédé opératoire sont d'ouvrir le thorax

au point le plus déclive de la cavité pleurale, soit au niveau du cinquième ou sixième espace intercostal, en avant du bord du grand dorsal. Ouvrir largement et de bonne heure avec toutes les précautions antiseptiques et vider à fond le foyer par une irrigation complète sans renouveler les lavages ensuite, tant que la fétidité de l'écoulement n'en fait pas une indication précise, est donc la méthode de choix de la jeune école française à l'imitation des Allemands. Elle ne conserve des doutes que pour la chloroformisation, tout en inclinant vers cette pratique. Il faut assurer la complète et constante évacuation du pus en plaçant l'opéré sur un plan incliné des pieds vers la tête. D'où l'utilité de disposer le lit de cette façon.

Quant aux lavages antiseptiques fréquents, recommandés par Moutard-Martin comme une règle absolue, ils n'ont plus de raison d'être dans les nouvelles conditions de l'empyème précoce. Ils ne s'imposaient que par la fétidité du pus et les masses compactes et putrides d'exsudats fibrineux rencontrés dans l'empyème tardif. Dès que ces conditions ont disparu, que le pus est homogène, sans fétidité, et s'écoule facilement et complètement par une large ouverture, un seul lavage suffit, non plus avec la solution phéniquée, par le danger de l'intoxication, mais avec une solution de chloral au 100e. La fétidité de l'écoulement autorise seul à les renouveler. En irritant la plèvre, en rompant les adhérences, ils sont plus nuisibles qu'utiles et passibles de graves accidents. Telles sont les convulsions épileptiformes observées par M. Raynaud, Leudet, Dumontpallier, les paralysies et la mort même, et bien qu'il y ait une grande différence entre les injections par la canule à demeure qui les ont produits et les lavages par une large ouverture déclive permettant l'issue rapide et complète des liquides, il y a tout avantage à ne pas les répéter. Que l'empyème précoce soit ou non le secret de guérir ces épanchements purulents sans renouveler ces lavages, suivant la pratique allemande, il y a nouveauté et intérêt à la faire connaître par les récents succès qui l'ont couronnée en France. Il est imprudent sans doute de généraliser l'emploi d'une opération aussi grave et extrême que la pleurotomie précoce devant la diversité des épanchements pleurétiques. C'est de l'outrecuidance d'assurer comme Wagner le succès dans les

ions opposées. Une plus grande expérience permet-
ule de se prononcer catégoriquement à cet égard.
a jeunesse s'enthousiasme et ne raisonne guère.
docteur Lucas Championnière est pourtant encore allé
loin en pratiquant immédiatement l'excision d'une
:hez un terrassier de cinquante ans, apporté dans un
:rès misérable pour être débarrassé d'un vaste épan-
ıent de la plèvre droite. Il opéra ainsi après chlorofor-
tion et lavage antiseptique de la peau : ponction avec
:ocart aspirateur, puis, sur la canule en place, une inci-
est faite latéralement de chaque côté comme sur une
ıe cannelée. Le pus étant d'une épaisseur extrême, la
: supérieure de la plaie fut relevée et une incision, faite
la côte supérieure comprenant le périoste, permit en la
ıdant d'en exciser 6 centimètres avec un sécateur. Le
gt introduit dans l'orifice de la plaie en déchira les deux
émités et un flot de pus fit irruption, un litre environ.
s injection dans le foyer, la guérison fut rapide, car le
in, successivement raccourci, tomba le 26e jour et deux
rs après, il n'y avait plus de trajet.
lette opération, en apparence si grave, est en réalité assez
ıple, facile et rapide sous le chloroforme par l'écartement
côtes. La côte étant dénudée, deux coups de sécateur
portent le fragment. Il n'y a dès lors plus à faire ces
ıges quotidiens qui sont supplices pour l'opéré et ennuis
ır le médecin, n'ayant leur raison d'être que pour une
verture insuffisante ou une plaie empoisonnée. En sim-
fiant l'empyème, elle assure la rapidité de la guérison et
ninue les chances de fistule purulente, rendant nécessaire
résection de plusieurs côtes, sans assurer une guérison
initive. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.)

**Empyème consécutif à une fistule pulmonaire.** Un soldat,
ınd et fort, âgé de vingt ans, est pris de pleurésie aiguë
:c épanchement qui le tint couché durant deux mois. Il
croyait complètement guéri lorsque, trois mois après, une
*reté* très douloureuse se montra à la partie antéro-supé-
ure du thorax; incisée à l'hôpital des maladies de poi-
ne de *Victoria Park*, elle donna issue à deux pintes de
uide grisâtre. A son entrée, cinq mois après, dans le ser-
e du docteur S. West, il offrait une saillie de la partie

inférieure du côté gauche du thorax avec affaissement sous la clavicule, une ouverture fistuleuse existant dans le deuxième espace intercostal à un pouce et demi du sternum, siège de l'incision. Absence de bruits et de mouvements respiratoires de la voix et des vibrations vocales au-dessous de la seconde côte, le cœur déplacé étendait la matité à deux pouces à droite du sternum. Résonance à peine troublée au sommet avec murmure vésiculaire et expiration prolongée. Expectoration purulente de trois quarts de pinte chaque jour depuis six mois.

Trois semaines d'observation n'ayant montré aucune élévation de la température, avec urines normales, sans diminution de l'expectoration ni de l'écoulement fistuleux, une ponction fut pratiquée avec l'aspirateur, dans le cinquième espace intercostal de la ligne axillaire, et 23 *ounces* de pus louable furent extraits. De l'air s'échappa de l'aspirateur à la fin de l'opération et un sifflement se fit par la fistule en retirant la canule. Semi-résonance de tout le côté gauche et murmure respiratoire dû probablement au passage de l'air à travers la fistule pulmonaire. C'était un pyopneumothorax.

L'expectoration purulente étant revenue aussi abondante trois semaines après, sans aucune élévation de la température, l'empyème fut pratiqué en introduisant une sonde d'argent n° 10 par la fistule agrandie. Son extrémité fit saillie postérieurement dans le sixième espace intercostal et une large incision étant pratiquée dessus, un drain traversa la plèvre et le poumon d'une ouverture à l'autre, Après l'écoulement du pus, une couche de ouate absorbante et d'étoupe goudronnée recouvrit le thorax. Le cœur revint bientôt à sa place et, dans l'espace d'une semaine, l'expectoration était réduite à celle d'une bronchite ordinaire. Le pus diminuait également de quantité et d'épaisseur sous l'influence d'injections deux fois par jour avec une solution phéniquée au 100e.

Le 10e jour, l'expectoration avait cessé et l'écoulement était réduit à trois *ounces* par jour. L'injection phéniquée ayant été poussée trop loin, le 13e jour, la toux s'ensuivit avec l'odeur phéniquée dans les crachats, montrant par là que la communication pulmonaire existait encore. Un mois après, le poids du malade avait augmenté de quatre

vres et l'expectoration était réduite à une *ounce* dans les ingt-quatre heures. Les deux ouvertures étaient fermées ès la septième semaine. L'opéré quitta l'hôpital deux mois t demi après, fort et bien portant, sans douleur, ni expeco-ration, ni dyspnée. Le côté gauche, très affaissé, ne laissait entendre qu'un faible murmure vésiculaire dans le lobe supérieur, et le foie s'élevait jusqu'à la cinquième côte. Le succès de ce drainage du poumon gauche eût-il eu pour siège une bronche principale, comme il est probable, est donc un exemple encourageant pour le renouveler au besoin. (*Lancet*, 12 janvier.)

*Bains et cathétérisme pulmonaire consécutifs.* Deux succès remarquables ont été obtenus par le docteur Boucher, le premier à l'hôpital militaire de Philippeville en 1883, chez un homme ayant reçu un coup de feu dans la poitrine. La balle, tombée dans la plèvre, put être extraite rapidement et l'opéré, placé dans le bain, faisait lui-même le lavage de sa plaie pénétrante par les mouvements respiratoires. Le second, obtenu à Sétif sur un indigène de vingt-cinq ans ayant reçu un coup de feu tiré à 4 mètres, le 27 septembre, fut plus compliqué. La balle pénétrant à 5 centimètres en dedans du mamelon droit soulevait la peau en arrière, en dedans de la pointe du scapulum. Le père du blessé la retira et, pendant sept jours, ce garçon resta sans soins éclairés, malgré d'abondants crachements de sang.

Arrivé à l'hôpital le 3 octobre, avec tous les signes du pyopneumothorax, le côté droit mesurant 3 centimètres de plus que le gauche, ce blessé est opéré le lendemain sans anesthésie. En incisant les couches profondes et la plèvre avec le thermo-cautère, un flot de pus jaillit, et l'opéré fut mis aussitôt dans un bain tiède avec pansement de Lister en en sortant. L'abondance de l'écoulement et de l'expectoration amène rapidement une amélioration notable, lorsque survient une sorte de bouchon de pus concret, grumeleux et fétide, ayant la consistance du fromage mou, provenant sans doute de l'élimination de fausses membranes et de caillots putréfiés, formés dans le trajet pulmonaire de la balle et entraînés par la suppuration. De là le lavage phéniqué de la plèvre qui en facilite l'élimination.

Néanmoins l'état s'aggrave. Il y a 42 respirations le 10

avec pouls à 130 et température à 40°. Fétidité extrême du pansement, liquide grisâtre, louche et fétide, expulsé de la plaie par la toux. Aussitôt le malade est mis dans un bain pour tousser. Des bulles d'air s'échappent de la plaie. De nouveau la dyspnée diminue et l'écoulement n'a plus d'odeur. Mais cette amélioration croissante s'arrête encore le 17 par la suppression de l'écoulement, remplacé bientôt par une expectoration abondante de crachats purulents et fétides. Celle-ci s'arrête dans la nuit, et le pansement du 19 étant baigné d'un pus de bon aspect montra qu'il avait retrouvé sa voie; l'amélioration s'accentua de jour en jour. L'état général était satisfaisant, les plaies en voie de cicatrisation et l'écoulement presque tari, malgré des injections journalières provoquant chaque fois une violente quinte de toux au contact de l'eau phéniquée avec le poumon.

Les incidents de ce drame morbide n'étaient pourtant pas encore terminés et peut-être, en raison même de ces injections phéniquées tendant à diminuer la suppuration par la cicatrisation même qu'elles favorisent, un pus très épais et fétide, plus abondant que d'habitude, est rencontré sur le pansement du 23. La température se relève à 39° 5 le soir, et une matité très manifeste au niveau de la plaie marque une rétention du liquide. Une exploration avec une sonde métallique est alors faite très doucement par le chirurgien, en la dirigeant plus obliquement que le drain qui ne donne plus rien. Soudainement un flot de pus s'échappe en indiquant que l'on est parvenu dans une cavité accessoire, placée au-dessus de celle du drain. La sonde pleine de pus et cinq ou six lavages consécutifs en entraînant, en sont la preuve. Un nouveau drain, placé dans cette cavité, en donnant issue au pus, conjure tout nouvel accident. Il tombe le 2 novembre et bientôt après, l'opéré quittait l'hôpital avec les deux cavités thoraciques égales, une respiration normale sans dyspnée et un état général très satisfaisant. (*Archiv. de méd.*, mars 1883 et août 1884.)

L'usage des bains dans ces deux cas et l'emploi du cathétérisme pulmonaire dans le second sont des faits qui méritent toute l'attention des cliniciens par les guérisons qui en sont résultées.

*Thoracoplastie* ou *résection costale.* Sous l'impulsion de la jeune école chirurgicale française, cette nouvelle opération tend à prendre des développements considérables en fréquence et en étendue. Elle serait le complément obligé de l'empyème, dès que la cavité purulente ne se tarit pas. Le premier, Letiévant (de Lyon), que la science vient de perdre, l'a pratiquée avec succès contre une hémorrhagie menaçante consécutive à l'empyème (Voy. HÉMORRHAGIES, 1875), et Estlander l'institua ensuite pour remplacer celui-ci dans le cas de fistule purulente (Voy. *année* 1879). Elle a ainsi pris son nom, quoique l'indication et le procédé opératoire aient déjà beaucoup varié.

Les chirurgiens allemands ne réséquaient qu'une ou deux côtes au début pour donner une large voie au pus et ils paraissent avoir obtenu plusieurs guérisons de la sorte; tandis que le secret du succès serait dans l'étendue de cette résection, d'après ses auteurs en France. Un rapport de M. Berger sur les cinq premiers cas opérés par des chirurgiens français, dont deux personnels, constate en effet qu'elle a porté sur trois, quatre et jusqu'à cinq côtes sur une étendue de 3 à 7 centimètres avec un succès unique. N'ayant obtenu que des améliorations précaires dans ses deux cas, l'auteur se reprochait d'avoir été « trop parcimonieux » et concluait que l'on « n'en enlève jamais trop ». Aussi en a-t-il réséqué neuf dans sa troisième tentative et l'opéré est mort du coup, comme on le verra plus loin.

C'est sur ces données peu encourageantes que les jeunes chirurgiens français, jaloux sans doute des succès équivoques de leurs confrères allemands, ont mis cette opération à l'ordre du jour. Après un premier essai, suivi de succès, M. Lucas Championnière la trouve *effrayante* par le *véritable désossement* en résultant, et pourtant il n'a réséqué que cinq côtes. De là le profond désaccord sur ses indications et son procédé opératoire. En l'entreprenant sous la direction de MM. Bouilly et Berger, la jeune école ne semble l'avoir pratiquée qu'en désespoir de cause, sans principe fixe ni procédé déterminé, en variant suivant les cas. Une fistule persistante, rebelle, quelle que soit la cause générale ou locale qui l'entretienne, en a été la raison déterminante dans les exemples publiés jusqu'ici. En voici l'indication et les résultats à *l'appui.*

A l'insuccès du cas de M. Weiss, de Nancy, a succédé une amélioration dans celui de M. Bœckel (de Strasbourg) et le premier succès de M. Bouilly n'a été suivi que d'une amélioration incertaine chez le second opéré. Un troisième âgé de dix-huit ans, dont la fistule remontait à cinq ans, a rapidement guéri par la résection de 6 à 10 centimètres de cinq côtes, comme l'a justifié sa présentation récente. La cicatrisation était complète du quinzième au vingtième jour par la compression thoracique sans reproduction osseuse. L'introduction d'une sonde de femme pour faire une contre-ouverture inférieure amena un bouchon épiploïque en traversant le diaphragme; malgré une espèce de soufflet dépressible, l'opéré allait bien.

Des trois cas énoncés de M. Berger, on connaît le triste résultat, mais un quatrième, opéré par le même chirurgien dans le service de M. Féréol, a été guéri malgré la pulsation thoracique qu'il présentait. Le premier opéré de M. Périer est mort et le second a guéri; mais il s'agissait ici d'une sonde tombée dans la plèvre, comme dans le cas de M. Lucas Championnière, et l'on comprend que l'extraction du corps étranger, commandée impérieusement, suffise à amener la guérison, comme des cas en ont été cités. Le succès de M. Monod reste aussi très précaire; l'amélioration de l'opéré de M. Sée paraît mieux assurée.

De ces 14 opérés, 5 semblaient donc avoir la vie sauve, 6 survivaient dans un état plus ou moins précaire, 3 étaient morts. Tel est le bilan actuel de la thoracoplastie en France.

Cette opération aurait donc des applications assez fréquentes, comme le confirment les cas cités en 1882 et 1883 à l'étranger. La proportion signalée par M. Berger de 23 fistules persistantes sur 100 cas d'empyème en donnerait la raison. D'où l'importance d'en préciser les indications et les contre-indications d'après les résultats.

Hors les cas de corps étranger dans la plèvre, la fistule, quelle qu'en soit la durée, ne peut servir d'indication positive à la résection, sans une exploration minutieuse et attentive de l'état du poumon correspondant. Deux causes différentes, opposées, en entretiennent la source par l'écartement des deux feuillets pleuraux; que le feuillet pariétal, siège *invariable* de la fistule, en soit la cause la plus fréquente par

défaut d'affaissement, de rétraction de la paroi thoracique ·lide, osseuse à laquelle il adhère, c'est assez probable. Une ;section costale, large, étendue, permettant l'affaissement e la paroi thoracique, est alors formellement indiquée ·our faciliter l'accolement du feuillet pariétal ouvert à 'autre. En fermant l'orifice fistuleux, cet accolement tarit 'écoulement et produit la guérison définitive. Dans ce cas, et peut-être dans ce cas seul, l'opération a véritablement un rôle essentiellement mécanique, comme le dit M. Berger. Le procédé peut alors varier suivant l'étendue et la direction de la cavité où séjourne le liquide purulent. Ceux qui ont été proposés ou suivis jusqu'ici manquent d'une sanction suffisante pour rendre leur description valable, définitive, tant que l'auscultation et la percussion ne seront pas mises largement à contribution pour déterminer le champ opératoire.

Tout autre est le cas où le vide de la cavité pleurale résulte exclusivement du refoulement du poumon et de son imperméabilité. Qu'il soit comprimé, serré, emprisonné, immobilisé par des fausses membranes ou atrophié, sclérosé, réduit à l'état fibreux, jamais l'opération ne pourra être d'aucune efficacité. Si étendue que soit la résection, simple ou multiple, et que les incisions soient pratiquées de haut en bas, obliquement ou en travers, en H couché comme le conseille le professeur Trélat, il sera toujours impossible que le feuillet pariétal, siège de la fistule, s'accole au feuillet viscéral pour l'oblitérer. Dans cet état du poumon, l'opération n'est pas seulement inutile, elle est dangereuse, comme les faits, quoique peu nombreux encore, n'ont pas manqué de le démontrer à défaut d'avoir prévu cette atélectasie pulmonaire.

Tel était le cas du malade opéré dans le service de M. Debove le 15 janvier, par MM. Berger et Bouilly, et qui succomba presque sous le couteau, peu d'heures après une large résection triangulaire de neuf côtes, à base supérieure allant de la troisième à la onzième et qui dura une heure dix minutes sous le chloroforme. Les antécédents tuberculeux de cet homme, la marche lente de sa pleurésie, le liquide séro-purulent de la ponction et les 3 litres de pus fournis par la pleurotomie le 14 novembre précédent indiquaient assez l'amplitude de la cavité pleurale. Aussi

l'autopsie montra le poumon caché en arrière et en haut de la gouttière et mesurant seulement 10 centimètres de hauteur, 8 de largeur et 2 à 3 d'épaisseur. Son tissu solide, fibreux, dense, non insufflable, parsemé de tubercules crétacés ou caséeux, était recouvert de fausses membranes à 12 centimètres du diaphragme. Une pneumonie chronique du sommet de l'autre avec des tubercules crus et ramollis, indiquait assez qu'aucune opération n'était à faire en pareil cas, car la chloroformisation et la congestion en résultant autant que la perte du sang ne peuvent que précipiter la mort.

Comment diagnostiquer ces conditions? s'écrient les jeunes opérateurs devant ce désastre. Par l'abondance de l'épanchement, répond M. Sée. Elle est une contre-indication à la thoracoplastie. « Dès qu'un litre de liquide peut être injecté, n'opérez pas. » Cet avis est repoussé comme théorique et cependant l'insuccès de M. Weiss, malgré deux résections successives de 24 centimètres, n'a pas eu d'autre cause que cette amplitude même de la cavité suppurante par atélectasie pulmonaire, comme il l'indique explicitement. Trois litres de pus ayant été extraits par la thoracentèse, l'autopsie montra le poumon refoulé contre la colonne vertébrale. (Voy. *année* 1883.)

Entre ces deux types extrêmes, pris comme exemples de l'indication et la contre-indication de la thoracoplastie, il y a sans doute de nombreux intermédiaires. Mais comment admettre que chez ce pleurético-tuberculeux de M. Debove, soumis pendant trois à quatre mois à un examen journalier à l'hôpital, l'auscultation ni la percussion n'aient pu révéler cette réduction croissante du poumon droit ni les lésions tuberculeuses du gauche? Ce serait à désespérer de ces moyens physiques et de leur valeur, si cette erreur se reproduisait. L'absence de respiration au sommet du thorax n'était-elle pas indicative de l'une ou l'autre des altérations rencontrées? Il suffisait de constater d'ailleurs la présence du bacille spécifique dans les crachats ou le pus de ce malade pour le laisser mourir tranquillement, n'eut-il qu'un mois de survie, plutôt que de l'opérer pour avancer d'autant son trépas. (*Soc. de chir.*, janvier et février.)

*La* persistance d'une fistule thoracique pendant plusieurs *mois* n'est donc pas une indication suffisante pour justifier

la résection des côtes. Il faut préalablement constater l'état du poumon. Quel qu'il soit, cette fistule n'est pas incompatible avec la vie. Beaucoup de sujets vivent et travaillent malgré elle, dit M. Berger, et il cite une femme atteinte depuis huit ans d'une fistule pleurale. Celle-ci peut même guérir après ce laps de temps, comme l'exemple de M. Parisot, cité l'année dernière, en fournit la preuve avec une dépression pouvant loger les deux poings.

Après ces données positives, il est permis de croire que la jeune école chirurgicale cessera de s'armer ainsi en guerre contre toutes les fistules thoraciques, sans y regarder de plus près pour en mesurer la profondeur et l'étendue, et qu'elle saura s'arrêter devant des poumons tuberculeux.

Il faut même se demander si cette fistule n'en est pas une contre-indication expresse, d'après l'exemple observé par le docteur Sampaio chez un marin de trente-quatre ans. Ouverte spontanément, elle formait, entre la 4e et la 5e côte gauche, un orifice de 4 à 5 millimètres de diamètre donnant passage à l'air dans l'inspiration et l'expiration et une certaine quantité de pus dans les accès de toux. Sa direction était de haut en bas. Sonorité normale à droite, matité à gauche avec gargouillements et râles à grosses bulles, sifflement aigu dans l'expiration. Pouls de 90 à 95, température normale, anorexie et diarrhée.

Malgré tous les agents thérapeutiques et alimentaires employés, cet homme succomba rapidement et l'autopsie montra le poumon gauche, réduit à une petite quantité de tissu spongieux au sommet, adhérant en arrière par un tissu lardacé. Le feuillet pariétal de la plèvre adhérait fortement à la paroi thoracique et par quelques filets au péricarde. Une sanie abondante et des détritus remplissaient la cavité. Si l'empyème pouvait être utile, que pouvait la résection des côtes dans un pareil cas? (*Coimbra medica*, 1883.)

Une rétraction très prononcée du poumon, diagnostiquée par une sonorité tympanique extrêmement étendue, en est une contre-indication, d'après M. Hermann (de Mulhouse). Une fistule persistait dix-huit mois depuis l'empyème pratiqué six mois après le début d'une pleurésie purulente ponctionnée deux fois. Une suppuration abondante, malgré une sonorité tympanique dans tout le côté malade, mettait la vie en danger, *quoique aucun* bacille ne se montrât dans

le pus ni les crachats. Les reins paraissaient sains. Le 20 janvier 1884, il réséqua six côtes de la troisième à la huitième sur une étendue de 5 à 10 centimètres. La plèvre était si indurée qu'il l'incisa ; l'état demi-syncopal du malade l'empêcha d'aller plus loin après une séance d'une heure et demie. Le poumon, fortement rétracté, était entouré d'une coque s'opposant à l'expansion. Lavage avec une solution au 10e de chlorure de zinc, suture et drainage.

Malgré la large ouverture de la plèvre dont les bords ne se sont pas réunis, l'expansion du poumon ne s'est pas faite et la circonférence thoracique ne s'est nullement modifiée. La compression amenant de la dyspnée, on a dû y renoncer et l'opéré a succombé sans aucun bénéfice de cette grave opération. (*Soc. de chir.*, avril.)

Cet insuccès mérite d'être rapproché de celui de M. Berger chez son opéré de Bicêtre, mort peu d'heures après l'opération. L'autopsie démontra l'absence presque absolue du poumon. Il était complètement ratatiné et collé comme une petite bosse bourrée de tubercules contre la colonne vertébrale. Il n'eût donc jamais été capable de reprendre la moindre partie de son élasticité. D'où l'évidence, en pareil cas, de l'inutilité de la résection costale devenant périlleuse au contraire sur des malades minés, incapables de résistance et que la moindre perte de sang, le choc opératoire et surtout l'action prolongée du chloroforme peuvent tuer soudainement. Il convient donc de s'abstenir, si l'on ne veut s'exposer à précipiter le dénouement fatal, comme l'a reconnu M. Berger dans son rapport.

Cette résection costale a été pratiquée par le professeur Lister contre un simple épanchement purulent de la plèvre gauche, consécutif à une pneumonie aiguë du même côté remontant à huit mois, chez un marin de quarante et un ans. La communication avec les bronches était rendue évidente par l'expulsion périodique de liquide purulent, sans aucun signe de pneumo thorax. Consumé par une sorte de fièvre hectique lente, ce malade était en observation depuis quatorze jours à *King's college hospital*, service du docteur Burney Yeo, lorsque survint une vomique profuse qui, en vingt-quatre heures, donna vingt *ounces* de liquide muco-purulent, sans odeur ni organismes. La fièvre diminua aussitôt avec un soulagement marqué, sans

que la matité ait changé ni aucun des autres signes physiques d'un vaste épanchement déplaçant le cœur. L'aspiration avec l'aiguille de la seringue hypodermique n'ayant montré aucune bactérie septique dans le pus extrait, ni bacilles dans l'expectoration, il fut admis qu'une ouverture valvulaire s'était formée sous la pression du liquide pleural, d'autant plus qu'il avait déterminé une saillie d'un pouce et demi de hauteur, localisée entre les 4e et 5e côtes, un peu en dehors du mamelon. Autrement la circonférence du thorax était égale des deux côtés.

Dans ces conditions, le professeur Lister pratiqua immédiatement la thoracotomie sur le malade anesthésié, par une incision cruciale faite sous le nuage phéniqué sur la 7e côte dans la ligne axillaire. Le périoste étant détaché et mis de côté avec les lèvres de la plaie, deux pouces de la côte furent réséqués. Un gros tube à drainage étant introduit dans la plèvre, 60 *ounces* de pus s'en écoulèrent sans l'évacuer complètement. Le thorax fut immédiatement enveloppé de gaze d'eucalyptus qui fut changée le soir même, avec écoulement libre et abondant. Dès le lendemain, la température était abaissée et resta ensuite au-dessous de la normale. La toux diminua, le sommeil et l'appétit reparurent. On entendait l'air passer du dedans en dehors de la plaie en la pansant. L'écoulement devint séreux et ce malade, qui semblait désespéré à son entrée, se levait dix jours après et en six semaines sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Lancet*, n° 8.)

Après Estlander, ravi trop tôt à la science pour jouir de tout le bruit fait sur son nom, son élève Salxmann adresse ses remarques sur quelques opérations inédites de son maître avec cinq observations personnelles à l'appui dont voici l'énoncé :

I. Homme de vingt et un ans. Pleurésie purulente ouverte spontanément au niveau du mamelon gauche avec fistule persistante dans le 4e espace intercostal, à 3 centimètres en dehors du mamelon. Résection de quatre côtes sur une étendue de 5 centimètres avec contre-ouverture inférieure. Guérison en trois mois.

II. Homme de trente et un ans. Dans le même état que le précédent avec rétraction costale très marquée et amai-

grissement considérable. Six côtes sont réséquées de la 3e à la 8e avec contre-ouverture. Guérison.

III. Femme de trente-cinq ans. Pleurésie purulente indiquée par la ponction. Empyème consécutif avec résection simultanée de la 6e côte et de la 8e ensuite pour la contre-ouverture. La persistance de la fièvre et de l'écoulement fait réséquer 4 côtes intermédiaires dans une étendue de 6 centimètres, sans que la cavité fût fermée deux ans après. On en résèque de nouveau huit, sans obtenir la guérison.

IV. Homme de vingt-quatre ans, ayant subi l'empyème avec résection de la 6e côte. On en résèque de nouveau cinq de la 3e à la 7e dans une étendue de 3 à 4 centimètres, sans guérison immédiate.

V. Homme de trente-sept ans avec fistule pleurale remontant à deux ans et correspondant à une cavité de 500 grammes de pus. Une fistule broncho-pleurale n'empêche pas la résection de 7 centimètres de 6 côtes de la 3e à la 8e, sans autre succès qu'une amélioration.

L'élève renchérit donc sur le maître par l'étendue de la résection qu'il ne faut pas mesurer, dit-il, en la faisant porter de plus en plus en arrière, à mesure que l'on descend. Elle est ainsi plus étendue sur les côtes inférieures. Une contre ouverture est même recommandée pour vider plus sûrement la cavité.

L'expérience de M. Nicaise, rapporteur, n'est pas favorable à cette résection. Appelé à la pratiquer en 1881 sur un tuberculeux qui succomba avant son exécution, il trouva l'autopsie un poumon ratatiné le long de la colonne que l'affaissement des parois n'eût jamais pu atteindre. La résection expérimentale de 7 côtes sur le cadavre ne détermina en effet qu'un affaissement très faible.

Ayant eu à pratiquer l'empyème en 1883 sur un homme de vingt-huit ans, il tenta en 1884 la résection de 7 côtes sur une étendue de 8 à 11 centimètres, pour tarir l'écoulement. Malgré l'affaissement considérable de la paroi, l'amélioration fut courte et la présence du bacille tuberculeux dans l'écoulement ne permet pas d'espérer la guérison. (*Soc. de chir.*, 8 octobre.)

Comme preuve de l'innocuité de cette résection costale *et la faible* réaction qu'elle entraîne, M. L. Championnière

cite l'exemple d'un garçon de vingt-deux ans, atteint d'une énorme fistule purulente. Cinq fragments, dont le plus long avait 11 centimètres, furent réséqués la première fois le 13 décembre 1883. Le 19 juin suivant, quatre fragments un peu plus courts furent excisés de même et quatre autres de 2 à 3 centimètres le 11 septembre dernier, en portant jusque sur la deuxième côte sans réaction bien sensible. Il l'a trouvée si insignifiante qu'il la pratique dans l'empyème simple pour agrandir l'ouverture et faciliter l'issue complète du pus. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.) Un chirurgien allemand, Von Puky, va plus loin en divisant cette résection en *thoracoscission* et *thoracoplastie*, d'après cinq exemples qu'il en rapporte. La première comporte seulement la résection d'un petit morceau de côte, indiquée contre la pleurésie suppurée, le pneumothorax des phtisiques, les hydatides du poumon, tandis que l'opération d'Estlander s'appliquerait à l'empyème chronique avec compression du poumon, l'épaississement de la plèvre et à l'extirpation des néoplasmes. (*Archiv fur klin. chirurg.*, t. XXX.)

C'est donc un véritable entraînement, un enthousiasme irréfléchi pour une opération dont on connaît à peine les conséquences. Ses jeunes initiateurs en France reviennent ainsi de leurs premières conclusions optimistes trop prématurées. Tandis que M. Lucas Championnière, qui la trouvait un véritable désossement au début, la juge assez simple et satisfaisante pour y revenir jusqu'à trois fois sur le même malade et s'en applaudit, M. Berger y met de nombreuses restrictions après le fait malheureux qu'il a éprouvé ainsi que ses collègues. L'étendue de la cavité suppurante et l'épaississement de ses parois seraient des motifs d'abstention, à cause de la mort rapide pouvant en résulter par la dyspnée et la septicémie aiguë qui s'en sont suivies dans certains cas. En portant à la fois sur les premières côtes et les dernières, le sternum n'ayant plus de soutien, l'opéré n'a qu'un seul poumon à son service, surtout si les parois étant épaissies, on les résèque en entier, comme on l'a proposé et pratiqué. Ce dernier procédé n'est applicable qu'aux petites cavités, suivant M. Verneuil. Le mieux serait de s'en abstenir dans une vaste poche suppurante.

Malgré une résection des plus étendues et même renouvelée sur deux jeunes officiers au Val-de-Grâce, M. Chauvel a vu persister l'écoulement du pus, sans pouvoir fermer complètement la cavité. Pour lui comme pour M. Bouilly, ces insuccès tiennent toujours à l'insuffisance de la résection. Aussi proposent-ils de la pousser jusqu'aux dernières limites chez les sujets non tuberculeux. (*Soc. de chir.*, octobre.)

On ne doit pas l'entreprendre au contraire, suivant M. Verneuil, contre les petites cavités suppurantes de 7 à 8 centimètres de capacité. Il suffit d'agrandir la fistule, lorsqu'il en existe, ou de faire une contre-ouverture. Il la trouve très sérieuse, d'après ces résultats. Le revers impressionnant de M. Bouilly et trois morts sur les cinq opérations d'un chirurgien de Pesth le montrent suffisamment. La nécessité de réséquer la plèvre épaissie, résistante, immobile, de consistance fibreuse, et formant comme une coque au poumon, augmente encore sa gravité. Il l'accepte seulement pour les grandes cavités purulentes, sans bacille tuberculeux. (*Idem.*)

*Modification opératoire.* M. Sée a pratiqué le 11 janvier la résection de 5 centimètres de quatre côtes par une simple incision verticale sur la ligne médiane. Pansement à plat avec la gaze iodoformée; l'opéré allait très bien.

A cette occasion, le professeur Trélat croit qu'il y aurait avantage, pour la vitalité des lambeaux, à pratiquer une incision verticale sur la fistule et deux incisions horizontales à ses extrémités. Deux sortes de volets en résulteraient pour la résection facile des côtes, et, en les réunissant et les suturant ensuite, les deux lambeaux très bien nourris auraient une plus grande partie de leur étendue en dehors du foyer purulent. (*Soc. de chirurg.*, 23 janvier.)

**Empyème enkysté** *simulant un épanchement du péricarde.* Un homme de trente-deux ans entre à l'hôpital, après un mois de maladie, avec tous les signes physiques d'un épanchement probablement purulent dans la plèvre gauche. Une ponction donne du pus en quantité et le lendemain une incision est faite à la partie inférieure. Un examen découvre quelques jours plus tard une saillie de la région car-

diaque douloureuse à la pression. L'impulsion du cœur n'est ni vue ni sentie, malgré une légère ondulation dans le quatrième espace intercostal en dedans de la ligne du mamelon. L'aire de la matité avait la forme triangulaire de l'épanchement du péricarde avec des battements clairs, mais profonds et faibles. Une aiguille exploratrice introduite à la pointe de la saillie, dans le troisième espace intercostal, donna du pus, et une incision consécutive permit d'en retirer un à deux litres, les premiers jets étant synchrones à l'action du cœur. Le doigt, introduit dans la plaie, sentait les pulsations. L'opéré succomba le troisième jour de péritonite avec pyémie.

L'autopsie montra le péricarde oblitéré par l'abcès pleural dont l'enveloppe était très épaisse. Il était en contact dans sa partie interne avec le péricarde et en simulait ainsi l'épanchement. La ponction exploratrice a pu seule empêcher l'erreur de diagnostic. Si ces cas sont rares, il est bon de les connaître. (*Berlin. klin. Woch.*)

**ENSEIGNEMENT**. La statistique officielle de l'enseignement médical en France constate que 662 diplômes de docteurs en médecine ont été délivrés pendant le cours de l'année scolaire 1882-1883 dans les six Facultés. Ils se répartissent ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| Faculté de médecine de | Bordeaux | 44 |
| — — | Lille | 20 |
| — — | Lyon | 43 |
| — — | Montpellier | 69 |
| — — | Nancy | 21 |
| — — | Paris | 465 |

Le nombre en a été, pendant la même année, de 682 dans tout l'empire d'Allemagne, soit une différence en plus de 20 diplômes.

*Faculté de médecine de Paris.* Le nombre des étudiants inscrits le 1er octobre 1883 s'élevait à 4,207. Il était en 1882 de 4,209. La mission égyptienne, qui suivait autrefois les cours de la Faculté de Paris, réside maintenant à Londres, depuis les derniers événements. Le nombre des élèves-femmes est de 45. Il y en avait 39 l'an dernier. Sur 6,076 examens subis pendant l'année scolaire 1882-83,

la proportion des ajournements a été de 24 pour 100. Les candidats seraient généralement faibles en physique, en chimie et en sciences naturelles.

*Thèse.* Un décret présidentiel du 5 août supprime l'épreuve écrite du 5e examen et un arrêté ministériel du même jour dit que la thèse, à partir du 1er novembre 1884, consistera en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie, *choisi par le candidat.* Il devra répondre en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

*Association des étudiants.* Une Association générale entre les étudiants des Facultés et Écoles supérieures de Paris s'est constituée le 18 janvier 1884; son but est de resserrer les liens de solidarité, d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres et de donner aide et protection à ceux qui les réclameront. Elle réunira les avantages intellectuels propres à leur instruction et les avantages pécuniaires par des prêts d'honneur en cas de maladie ou de détresse subite. Des bourses seront aussi accordées. Tout étudiant majeur et français peut en faire partie, moyennant une cotisation annuelle de 12 francs, payable d'avance par trimestre, avec un droit d'entrée de 2 francs.

Le siège en est fixé 15, rue Linné, et un arrêté du préfet de police du 2 avril a autorisé cette Association, à la condition formelle qu'il ne soit établi aucun jeu dans les réunions, sous peine de fermeture immédiate en cas de contravention.

**Enseignement des femmes.** *Internat.* Leur droit à acquérir le titre de médecin étant de plus en plus universellement reconnu, sous les mêmes conditions qui sont imposées à l'homme dans les divers pays, il devenait absolument rigoureux de leur octroyer tous les moyens de s'instruire et de se distinguer dans l'art de guérir. Ce fait rationnel s'affirme davantage avec les nouvelles générations, à mesure que les anciennes disparaissent avec leurs préjugés, leurs résistances et leurs erreurs.

De là la demande, formulée par quatre étudiantes de Paris, inscrites à la Faculté de médecine en cette qualité, à

l'administration de l'Assistance publique, de prendre part au concours de l'internat des hôpitaux. C'était la conséquence logique et inévitable du droit des externes et même du devoir qui leur en est fait. Elle était si raisonnable et si rigoureuse que l'autorité compétente l'accueillit presque avec faveur. Mais un *tolle* général accueillit cette nouvelle dans tout le corps médical. Une femme dans la salle de garde avec les jeunes gens, la nuit ? ô scandale ! La placer sur le même banc pour subir les épreuves de l'internat, c'était discréditer le concours et affaiblir l'institution si précieuse en exposant le jury à se laisser séduire ou corrompre. Les internes ont aussi menacé de se révolter et de se mettre en grève, si l'on diminuait, en faveur de ces dames, le nombre déjà trop restreint des places ; des chefs de service sont allés jusqu'à dire qu'ils les refuseraient. Quelques-uns, et j'en connais au moins un des plus vaillants, ont bien dit le contraire ; mais tout compte fait, après le vote des médecins et chirurgiens des hôpitaux, il s'est trouvé que sur 98 voix, il y en avait 90 contre, et 8 pour. La protestation contre cette mesure est donc assez énergique pour que l'administration la prenne en considération et s'y conforme.

Cette mesure, si dangereuse en apparence, n'avait pourtant rien que de logique et de juste, en vertu du principe même qui admet les femmes à faire leurs études de médecine pour se livrer à son exercice sans limite. Le devoir est de leur en laisser parcourir toute la carrière, selon leurs aptitudes et leur capacité, dans la pratique comme dans l'enseignement. Les limites se posent d'elles-mêmes et d'avance. Sur les 45 étudiantes enregistrées à Paris, s'en trouvera-t-il une ou deux capables de se présenter au concours ? D'après la proportion des jeunes gens, il est fort douteux qu'il y en ait une seule de reçue. Et alors, le fût-elle par exception, rien de plus facile que de lui faire sa place dans une Maternité, une clinique d'accouchements, de maladies des femmes ou des enfants ? Elle ne pourrait s'y refuser, car les internes ne choisissent par leur service ; on les y admet. Et l'on aurait ainsi dans l'avenir des femmes distinguées, comme les Lachapelle, les Boivin et quelques autres, encore vivantes, qui pourraient être placées avec avantage à la tête de nos grands services. Jamais le nombre n'en sera suffisant ; la difficulté d'en trouver le prouve bien.

Il n'y avait donc pas lieu de tant crier et se disputer sur ce sujet. Jamais les femmes n'auraient encombré l'internat, leurs aptitudes aussi bien que leur sexe s'opposent à ce qu'elles puissent remplir ces fonctions avec avantage sur l'homme. On a vu pourtant de modestes religieuses, dans certains services hospitaliers, montrer plus de vigilance et de soins pour les malades et les blessés que beaucoup d'hommes, aussi bien que d'ordre et d'obéissance pour l'exécution des ordonnances du médecin. Il peut donc s'en trouver quelques-unes aussi se montrant à la hauteur de leur rôle, et il n'y a pas lieu de les dédaigner dans une société bien organisée. Toutes les aptitudes doivent être mises à profit.

Aux Etats-Unis, le droit d'élection académique leur a été également reconnu par la plus ancienne Société médicale. Après une discussion solennelle à ce sujet, dans son 103e meeting annuel du 10 juin 1884, la Société médicale du Massachusetts, sur 332 membres présents, a admis l'éligibilité des femmes par 209 votes pour, contre 123 opposants, et le Conseil, par 63 voix contre 47, a réformé son règlement en admettant les femmes médecins à entrer dans son sein. Ce n'est pas que son recrutement périclite, car de 68 membres en 1789 ils s'élèvent aujourd'hui à 1529. C'est dire assez son crédit et son succès et la puissance de son exemple à cet égard. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 23.)

**Enseignement en Angleterre.** Devant la révolution qui tend à s'accomplir en Angleterre pour l'unification des examens et des titres dans les trois Royaumes, l'avortement du projet de loi présenté par le gouvernement libéral au Parlement est une preuve évidente de la puissance des traditions dans ce pays. Malgré tous les inconvénients du système actuel avec 19 corps différents conférant des grades distincts, sous des conditions et des examens variables et conférant des droits similaires, chaque institution intéressée à ses errements persiste à les défendre envers et contre tous les abus en résultant. Au moment où le *bill* présenté sous la pression de l'opinion médicale était sur le point d'avoir force de loi, les Universités de l'Ecosse se sont liguées pour le mettre en échec. Après s'être défendues isolément, les unes contre les autres, pour maintenir leurs droits res-

pectifs, sans la moindre concession réciproque depuis dix à quinze ans que cette mesure est en discussion, elles se sont réunies pour former un corps plus redoutable contre l'ennemi commun. Elles ont avisé le *general medical Council*, dans sa dernière session, de leur fusion pour la rentrée qui vient d'avoir lieu et de la réception de leurs élèves par un jury unique, délivrant ses diplômes au triple nom de ses commettants pour lui donner plus de valeur. Le prix de ce diplôme était fixé à 500 francs.

Cette tentative ultime d'un vaincu, dernier effort d'un condamné pour se faire approuver par son supérieur dans la résistance inutile qu'il a soutenue contre lui, a cependant réussi momentanément. Après une deuxième lecture à la Chambre des communes, qui laissait tout espérer d'un vote définitif, le gouvernement a été obligé de retirer subitement son projet, sans en dire la raison. Les nombreux amendements déposés par les députés écossais, sir Lyon Playfair en particulier au nom des Universités écossaises, n'ont pas permis au gouvernement de pousser plus loin ses efforts. Il fallait annihiler toute l'économie de son projet ou courir la chance d'un échec. (*Lancet.*)

Ainsi se détruisent les corps savants qui ne savent pas reconnaître leurs abus ni sacrifier leurs intérêts particuliers à une réforme générale. D'après la nouvelle loi, en effet, le diplôme accordé devait avoir une valeur égale pour l'exercice et être délivré à un prix inférieur. Tout le crédit et les bienfaits en reviendront ainsi à la presse médicale plutôt qu'aux institutions officielles. La seule réforme réalisée à ce sujet est l'alliance des deux grands Collèges des médecins et des chirurgiens anglais, approuvée par le *Medical Council*, pour l'unification des examens de leurs candidats respectifs et l'uniformité de leurs diplômes jusqu'ici distincts, séparés et conférant des titres différents. Quel sera en France le gouvernement assez républicain et éclairé pour instituer un jury unique, indépendant, pour toutes les Facultés et rétablir le concours pour tous les emplois en abolissant le cumul des places?

Un jury d'État pour les examens médicaux a aussi été proposé par le docteur Leffmann à la Société médicale de Philadelphie, dans la séance du 24 septembre. Une longue discussion à ce sujet a montré la nécessité de l'instituer ici,

à l'exemple de plusieurs États qui ont déjà retiré ce privilège aux Collèges locaux enseignants, intéressés à ne pas être exigeants envers leurs étudiants. « Je complimente l'homme qui dans ce siècle du dollar, a dit le docteur Garretson, dirige l'attention sur les défauts de l'éducation médicale aux dépens de la poche. Une grande moitié des jeunes gens qui viennent à Philadelphie étudier la médecine pourraient être renvoyés à l'école du village. » (*Boston med. and surg. journal*, n° 19).

*Université d'Edimbourg*. Son tri-centenaire a été célébré cette année avec un grand éclat. C'est la plus ancienne et la plus renommée des Universités européennes. Les savants renommés de toutes les nations, même d'Amérique, ont été conviés à cette solennité et tous en sont partis charmés par les honneurs et les titres qui ont été conférés à un certain nombre. Le représentant français, M. Pasteur, y a reçu le diplôme de docteur.

On compte aujourd'hui jusqu'à 3,000 étudiants, dont 1,800 environ en médecine. Ce n'est pas que des lacunes ne se rencontrent dans son enseignement. Certaines classes ont 4, 5 et jusqu'à 600 élèves pour un seul professeur. De vives critiques lui ont été ainsi adressées. Le principal organe local, *le Scotsman*, disait à cette occasion : « Il n'y a pas seulement dans les Universités écossaises des corps enseignants, mais aussi des compagnies commerciales, et peu sont aptes à sacrifier les meilleurs devoirs de leurs fonctions à leurs intérêts. On a fait de celles-ci le principal marché des diplômes par la facilité des examens. »

Elle dispense en effet plus de diplômes d'honneur que d'exercice. Après avoir conquis la licence ailleurs, on vient prendre celui de docteur ici, parce qu'il confère en apparence un mérite sans égal, comme autrefois celui de Montpellier. Sur 100 étudiants, 41 seulement sont écossais, 34 anglais, 2 irlandais, 7 indiens, 13 des colonies et 3 de l'étranger, preuve que l'affaire d'accorder des titres médicaux augmentera en gardant le monopole. On explique ainsi sa résistance à l'uniformité de l'enseignement, des examens et des titres médicaux qui tend à s'imposer dans tout le Royaume-Uni; malgré l'abandon que le gouvernement libéral a fait de ce projet de loi, il ne peut manquer d'aboutir.

**Enseignement en Suisse.** Le nombre des étudiants en médecine dans les quatre Universités suisses s'est élevé à 571 en 1884 ; savoir : 108 à Bâle; 155 à Berne, dont 28 femmes; 217 à Zurich, dont 33 femmes ; 91 à Genève, dont 7 femmes. De ces 68 étudiantes, 5 seulement étaient de nationalité suisse, toutes les autres étaient russes. Cette proportion indique que la Suisse est le rendez-vous spécial des étudiantes.

**ENTORSE.** *Bandage élastique.* Après avoir démontré, par la relation des divers procédés usités et préconisés par les spécialistes, que le massage agit exclusivement sur la résorption des liquides épanchés, sans aucun effet direct sur les déchirures des tissus ni sur les luxations des tendons, le docteur M. Sée blâme et réprouve hautement l'emploi de la force dans ces manœuvres, à l'exemple du docteur Lebâtard. Elles sont donc contre-indiquées dès qu'elles déterminent de la douleur, surtout en les continuant des heures entières, quel que soit le procédé employé, digital ou manuel. Une bande de caoutchouc vulcanisé et désulfuré, de un à deux mètres de long sur cinq à six de large, suffit avec ou sans massage à opérer cette absorption d'une manière continue et sans douleur. Mince et souple, il suffit qu'elle soit bien uniformément et méthodiquement appliquée sur la peau en remplissant les creux de ouate. L'essentiel est qu'elle ne détermine ni gêne ni douleur. En pareil cas, le blessé doit la retirer immédiatement. Elle convient aussi bien dans les entorses récentes qu'anciennes, même avec fracture du péroné, comme les observations le montrent, en changeant le bandage deux à trois fois par jour au début. (*Revue de chir.*, juin.)

Un massage doux et bien fait n'est donc pas à rejeter dans l'entorse ; son emploi exclusif, systématique, est seul condamnable. D'accord sur ce point avec tous les médecins et chirurgiens agissant d'après le cas qui se présente, l'auteur a donc parfaitement raison, mais il imite ceux qu'il condamne en préconisant la bande élastique à l'exclusion d'une bande de toile de bonne qualité, surtout appliquée sur une couche de ouate. Il conteste la similitude d'une manière absolue, sans en donner la preuve par des observations comparatives. Que de praticiens n'ayant pas de bande de

caoutchouc emploient celle en toile avec avantage et guérissent les blessés en aussi peu de temps ! Nous l'avons appliquée récemment sur une couche de bouillie épaisse de fécule de pommes de terre, contre une violente entorse péronéo-tarsienne avec ecchymose, chez un homme de soixante-dix-huit ans qui a guéri en six jours.

La *poudre d'argile,* servant à faire les briques, bien sèche et finement pulvérisée dans un mortier, est l'agent employé de préférence à tous les autres moyens par M. Shearer, d'Edimbourg. Délayée avec de l'eau en consistance de boue, elle est étendue d'une épaisseur d'un quart de pouce sur une toile fine ou une mousseline, de manière à recouvrir toute la partie douloureuse. Un bandage roulé fixe ce topique en place, assez légèrement serré pour qu'il ne glisse pas et conserve son humidité. Vingt-quatre à trente-six heures d'application suffisent à supprimer la douleur, et, en renouvelant ce bandage, les blessés peuvent marcher en quelques jours comme trois faits en témoignent. (*Lancet,* 9 août.)

*Ostéo-arthrite consécutive.* Des lésions osseuses chroniques, résultant trop souvent de l'entorse, en se localisant dans l'astragale ou ses surfaces articulaires avec le calcanéum, exigent, d'après le docteur Robert, l'extraction de cet os, quand les injections modificatrices et l'igni puncture sont impuissantes à en prévenir les lésions. L'évidement, le grattage et la cautérisation profonde de cet os n'atteignant pas sûrement toute l'étendue du mal — qui rend ensuite l'amputation indispensable — il est préférable de l'enlever par le procédé de Vogt, d'une exécution facile, sans délabrements graves, avec une guérison durable et un fonctionnement satisfaisant du pied. (*Archiv. de méd.*) Voy. Résection de l'astragale.

**EPANCHEMENTS.** Un *épanchement chyliforme* péritonéal, observé chez un enfant de huit ans, et qui a donné à la paracentèse deux litres de liquide lactescent, a été pour le docteur M. Letulle l'occasion de rappeler que, sur les 15 cas connus aujourd'hui, 7 existaient comme celui-ci chez des enfants; soit la moitié environ. C'est assez montrer que

cet âge y prédispose essentiellement par les complications multiples qui se rencontrent chez eux. Celui-ci était particulièrement atteint d'une affection mitrale d'origine rhumatismale avec cachexie cardiaque, asystolie, foie énorme, anasarque, hydrothorax double joints à son ascite. Aussi succomba-t-il aux progrès de l'asystolie, quinze jours après la ponction.

De l'étude anatomo-pathologique de ces faits, l'auteur conclut que ces épanchements sont consécutifs à des lésions inflammatoires chroniques de la plèvre ou du péritoine; elles en sont donc la genèse par la régression granulo-graisseuse des produits épanchés, fibrine et leucocytes, suffisant à composer en totalité de la graisse émulsionnée, suspendue dans la sérosité. Toutes les suppositions merveilleuses avancées sont ainsi réduites à néant. (*Revue de méd.*, septembre.)

**Epanchements sanguins de la plèvre.** *Traumatisme.* Leur fréquence est en rapport avec celle des coups de couteau et des coups de feu, des fractures de côtes sans plaie extérieure, qui, le plus souvent, donnent lieu à une hémorrhagie pulmonaire se déversant dans la plèvre. Simple ou compliqué de la présence de l'air, cet hémothorax traumatique emprunte surtout sa gravité à l'abondance du sang et à l'impossibilité d'en tarir la source. Sur 98 cas de plaies pénétrantes de poitrine ainsi compliquées, collectés par MM. Nélaton et Lesdos dans leurs thèses récentes, 44 fois la mort survint par hémorrhagie abondante d'un gros vaisseau!

Les plus petits étant sans importance, il n'y a lieu de s'occuper que des épanchements moyens, selon le docteur Bouilly. Cliniquement, ils se manifestent très rapidement, soit par une dyspnée extrême avec menace d'asphyxie, pâleur cyanotique, tendance au refroidissement, soit par les phénomènes réactionnels fébriles de la pleurésie aiguë; c'est la forme la moins grave, malgré la lenteur de la résorption du liquide épanché, sans tendance à la suppuration. L'intervention opératoire est commandée en pareil cas, sans attendre comme autrefois la guérison spontanée qui n'a jamais lieu que par un effort artificiel de la nature. Sur les 22 guérisons spontanées de la statistique

précédente, 5 ont résulté de l'écoulement du liquide par la plaie, 6 de son évacuation par les bronches et 7 de la position favorable à l'écoulement ou en dilatant l'orifice de la blessure.

La *ponction avec aspiration du liquide* est, d'après ces exemples mêmes, suivant l'auteur, la méthode indiquée avec les perfectionnements acquis dans le procédé opératoire et les garanties de la méthode antiseptique. 6 applications ont été suivies de guérison avec une simplicité et une rapidité extrême, chez des malades dont la situation était des plus graves et presque désespérée dans deux cas. De ces 6 faits, 3 sont personnels à M. Bouilly. Le premier chez un garçon de dix-sept ans présentant tous les signes d'un hémo-pneumothorax après une chute d'un troisième étage. Après le collapsus des premières heures, la réaction fébrile se manifesta et le malade allait asphyxier, quand la thoracentèse fut pratiquée et donna un litre de liquide sanguinolent noir. Deux jours après, il était en voie de guérison.

Le second est encore plus frappant. Un homme reçoit un coup de pied de cheval qui fracture les 8e et 9e côtes droites. Six jours après, il est apporté mourant à l'hôpital Necker, avec respiration petite et précipitée, battements du cœur faibles et saccadés, face pâle et plombée, extrémités froides et cyanosées. Une large ecchymose existe sur le côté droit où un épanchement occupe les deux tiers de la plèvre avec râles de congestion des deux côtés. Une thoracentèse pratiquée d'urgence donne deux litres et demi d'un liquide sanglant et spumeux.

Ce fut une véritable résurrection à la visite du lendemain. Cet opéré guérit avec une rapidité extrême et sans aucune complication. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 24.)

**EPILEPSIE.** *Trépidation épileptoïde du pied.* La coexistence de ce phénomène avec l'exagération des réflexes rotuliens a fait rattacher à la même cause la sclérose des cordons latéraux ou l'exagération morbide de la réflectibilité spinale. C'est une erreur, ils n'ont pas la même source; leur simultanéité est une simple coïncidence. Cinq observations, recueillies dans les hôpitaux de Bordeaux par M. de Fleury, montrent que ce phénomène existait d'un côté

t même des deux avec des réflexes normaux, sinon leur affaiblissement ou leur abolition, comme trois faits en déposent. La preuve qu'ils sont étrangers l'un à l'autre est d'ailleurs faite expérimentalement. Sur cinq hémiplégiques présentant ces deux phénomènes à un degré très marqué, il a suffi d'appliquer la bande d'Esmarck sur le membre pour que l'anémie en résultant fit cesser en 6 à 14 minutes la trépidation du pied, tandis que l'exagération des réflexes rotuliens et achilliens persistait avec la même intensité. La démonstration est donc péremptoire. (*Revue de méd.*, août.)

*Vésicatoires en cercle.* Un exemple de leur efficacité autour du membre d'où part l'aura en est rapporté par le docteur Th. Buzzard, chez un garçon de vingt-trois ans, atteint depuis l'âge de neuf de convulsions du côté droit du corps s'étendant parfois à gauche avec ou sans perte de connaissance, malgré l'usage des bromures, de l'arsenic, du borax, de la belladone. Un fourmillement partant du gros orteil droit, avec engourdissement gagnant le mollet et tout le membre, s'étendant aux organes génitaux et jusqu'au membre supérieur, est le début de l'aura. Il y a parésie marquée de ce côté. Le serrement de la main est de 10° au-dessus de la droite au dynamomètre; la jambe est traînante avec des grimaces de la face.

L'usage du bromure de potassium à l'hôpital des épileptiques fait d'abord tomber les accès, de 9 la première nuit, à 2 ou 3 dans les suivantes; soit 28 durant la première semaine. Le bas de la jambe droite est dès lors entouré d'un badigeon d'un pouce de large, au-dessus des malléoles, avec un liquide épispastique qui produit une vésication marquée. Cinq jours après, les accès ont diminué et l'aura a passé de la jambe droite dans la jambe gauche sans y être aussi marquée. Un nouveau badigeon vésicant est appliqué au-dessus du premier et les accès cessent aussitôt pendant dix-neuf jours consécutifs pour reparaître ensuite à gauche. Deux autres sont encore successivement appliqués, au fur et à mesure de la guérison des précédents, et le tout est couronné par une cautérisation en anneau avec le thermo-cautère sur les deux jambes.

Appliquée du 2 novembre 1883 au 16 janvier 1884, cette

vésication locale a fait cesser les accès, sauf deux qui se sont produits avec une aura particulière dans la fesse droite. La santé s'est notablement améliorée, surtout la mémoire et les facultés mentales. La faiblesse de la jambe droite a disparu et le serrement de la main mesure presque le même degré que celui de la gauche. Cet heureux résultat, obtenu dans plusieurs autres cas antérieurs, mérite donc considération. (*Lancet*, n° 9.)

*Acide osmique.* Son succès dans quelques névralgies (Voy. *ce mot*) l'a fait employer, par Wildermuth, dans les cas d'épilepsie chronique et rebelle. Il le donne en solution aqueuse à la dose infinitésimale de 2 milligrammes, en allant graduellement jusqu'à 5 en pilules, en y ajoutant le bromure de potassium.

7 malades ainsi traités n'en ont rien éprouvé, un huitième en a reçu la même amélioration qu'avec le bromure, mais un neuvième a été guéri de ses accès. C'était une femme idiote, indifférente à son entourage, dont les accès, très graves, avaient été de 320 en 1876 et de 920 en 1881, sans aucun effet du bromure. Le 7 janvier 1882, elle commença par 2 milligrammes en solution et les accès diminuèrent graduellement de fréquence, comme l'indique le tableau suivant :

| | 1881 | 1882. |
|---|---|---|
| Janvier | 131 | 48 |
| Février | 121 | 6 |
| Mars | 125 | 0 |
| Avril | 121 | 10 |
| Mai | 11 | 2 |
| Juin | 9 | 4 |
| Juillet à décembre | 401 | 0 |

L'état mental s'améliora beaucoup, mais de légers accès ayant reparu en 1883, on reprit le bromure de 4 à 7 grammes par jour sans aucun effet. On le remplaça alors par des pilules de 2 grammes de bromure et 4 milligrammes d'acide osmique, et dès lors ces accès cessèrent complètement. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juin.)

*Injections sous-cutanées d'apomorphine.* Indiquées par Riegel, elles ont réussi à couper plus ou moins complètement, chez trois malades, des accès épileptiques précédés d'aura.

décigramme de sel d'apomorphine pour 10 grammes de nicule forme la solution dont on injecte 20 à 25 centi-ammes à la fois. Un état nauséeux en résulte sans vomis-ments. L'aura prodromique siégeant dans l'estomac, le rveau ou les extrémités, est la meilleure indication de atiquer immédiatement l'injection. L'accès imminent en toujours été plus ou moins supprimé et d'autant plus rement que l'aura est plus prolongée. (*Idem.*)

**ESTOMAC.** *Situation.* La fréquence de la gastrostomie bligé les chirurgiens de se rendre un compte exact de sa sition normale. L'amincissement de ses parois peut le re prendre pour une autre partie du tube digestif. D'après Tillaux, il est toujours facile de le reconnaître en se rap-lant qu'il est plat comme un galet, tandis que le colon est ujours inégal et bosselé. Sa position indiquée dans les res est erronée, car sa petite courbure n'est pas transver-le et horizontale comme on le dit, mais presque verticale, sorte que la grande courbure est tout entière située à uche sous les fausses côtes. Un bistouri enfoncé perpen-culairement sur le cadavre d'un homme mort de rétré-sement cicatriciel de l'œsophage, au lieu ordinaire de ncision de la gastrostomie, laissa à gauche l'estomac tout itier par suite du ratatinement provoqué par le jeûne olongé. C'est pourquoi, en opérant suivant le manuel de M. Labbé et Verneuil, l'ouverture porte si près du pylore. our la faire près du cardia, suivant le procédé de M. Larger, faudrait tirailler sur le viscère et s'exposer à des accidents ltérieurs par les tractions exercées sur les sutures. (*Soc. e chirurg.*, 26 mars.)

*Lavage.* Une application nouvelle et heureuse en a été ite sur une couturière ayant avalé une aiguille. Les vomi-fs et les cathartiques employés durant une semaine n'ayant u la déloger et une sensation de piqûre étant ressentie à épigastre, le médecin rapporta cette douleur à la fixation e la pointe de l'aiguille dans la muqueuse gastrique. Il t laver l'estomac à l'aide d'un gros tube avec quinze litres 'eau. L'aiguille ne fut point rendue, mais le picotement isparut et bientôt après elle fut vomie. Elle avait 25 mil-mètres de long. (*Soc. des sciences méd.* et *Lyon méd.*, octobre.)

*Dilatation.* Ce grand pourvoyeur de l'organisme en est aussi le principal destructeur par ses excès, ses troubles fonctionnels et les maladies, les lésions locales et générales qu'ils entraînent. Son amplitude et la distension en résultant fixent particulièrement l'attention en France par suite des idées théoriques, venues d'Allemagne à ce sujet, et les explorations dangereuses de ce viscère. De rare et exceptionnelle qu'elle paraissait autrefois, quand elle était énorme et permanente, cette dilatation est devenue des plus fréquentes pour les cliniciens actuels, en la considérant surtout à l'état passager, accidentel, commençant. Depuis l'initiative hardie de Kussmaul et le perfectionnement de la sonde de Faucher pour le pompage et le lavage de l'estomac, cette distension est devenue évidente à un degré imperceptible autrefois à la palpation et la percussion. La symptomatologie en a été agrandie, précisée, perfectionnée et, par suite, l'étiologie ; on la découvre, on la constate physiquement jusque sur les enfants nouveau-nés, non pas à la mamelle, mais qui devraient y être encore, de préférence au gavage d'aliments grossiers et étrangers auquel on les soumet.

On la constate sur le tiers environ des malades, suivant le professeur Bouchard. Sa proportion dépasserait même la moitié de ceux qui sont atteints d'affections chroniques, tandis qu'elle est absolument exceptionnelle dans l'état de santé. De là son rapport avec la maladie, soit qu'elle se développe simultanément et primitivement, soit qu'elle en dépende directement, et se montre ensuite comme une conséquence.

La cause principale de cette extrême fréquence, ignorée de la plupart des praticiens, est attribuée aux digestions incomplètes et aux fermentations vicieuses qui s'ensuivent. De là le développement de substances nuisibles, toxiques, comme les ptomaïnes, produisant de véritables empoisonnements. Mais cette théorie nouvelle, parfaitement d'accord avec les découvertes récentes, n'est appuyée d'aucun fait dans ce cas particulier.

Elle ne passe si souvent inaperçue que par l'obscurité de ses symptômes dont voici l'énumération, d'après l'analyse de 220 cas observés par l'auteur. Lenteur des digestions, éructations, constipation, gastralgie, ballonnement

près les repas, vertiges, vomissements, aigreurs, parfois diarrhée. Le clapotage en est le meilleur signe. On le provoque à jeun par le choc brusque et léger de deux ou trois doigts frappant en un seul mouvement, et comme par une vibration, la paroi abdominale relâchée au niveau de l'estomac. L'ingestion d'un demi-verre d'eau, en réalisant les conditions physiques du phénomène par les gaz nécessaires, le rend surtout apparent. Il n'a de valeur qu'en étant perçu l'estomac vide au-dessous du milieu d'une ligne abaissée de l'ombilic sur le rebord costal gauche.

Primitive, cette dilatation se manifeste par une foule de phénomènes morbides, comme l'accablement du matin, les migraines, la fatigue physique et intellectuelle, l'insomnie, les troubles de la vue, des hallucinations spécialement effrayantes, une aphasie transitoire, des troubles vaso-moteurs, l'albuminurie, l'obésité, une tendance au pityriasis versicolor, l'eczéma, le coryza, l'asthme. Parfois intense, elle s'observe souvent avec la dyspepsie, surtout flatulente, et divers accidents gastralgiques, entéralgiques, hépatiques et d'autres névroses qui la font souvent méconnaître. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juin.)

De ce vague exposé du professeur de pathologie et de thérapeutique générales, cette dilatation se rattacherait à la plupart des accidents gastro-intestinaux et à tous les phénomènes généraux qui en sont l'effet ou la conséquence ordinaire. Il faudrait dès lors interroger cet organe dans la plupart des cas, comme l'état de la langue, pour savoir, par la percussion surtout, s'il n'est pas dilaté à un degré quelconque et frappé d'une dilatation, petite ou grande. La plupart des cliniciens ne soupçonnent même pas cette importance. C'est donc renouveler celle trop exclusive faite par Beau à la dyspepsie, en y rattachant la plupart des états morbides.

D'après le docteur Audhoui, qui s'est occupé spécialement des maladies de l'estomac, le *clapotage stomacal*, regardé plus haut comme pathognomonique de la dilatation gastrique, existerait toujours et dans tous les cas après l'ingestion d'une quantité suffisante de boisson ou de matières liquides ou semi-liquides. Il n'est pas un signe caractéristique d'aucune maladie locale, et c'est ainsi que

l'on a fait, en le constatant, la dilatation si fréquente chez les enfants et les adultes. (*Acad. des sciences*, juin.)

*Dilatation atonique.* Au lieu de l'hypothèse précédente, le professeur Sée, aidé de son chef de clinique, M. A. Mathieu, sans en nier la réalité dans une certaine mesure, attribue principalement cette fréquence à l'atonie générale de l'organisme, à son adynamie, surtout localisée dans l'estomac. Tous les états pathologiques avec dépression marquée des forces en amèneraient ainsi la dilatation passive. La fièvre typhoïde donnerait presque constamment lieu à sa distension et souvent à sa dilatation prolongée ou permanente. Les hystériques, les névropathiques, les rhumatisants en fournissent aussi un grand nombre d'exemples, surtout sous l'influence d'un mauvais régime, d'excès de boissons, de privations, de mauvais aliments, comme par les secousses morales, les chagrins, les préoccupations vives et toutes les causes psychiques. Elles se rencontrent bien plus souvent que la lésion organique oblitérant le pylore ou la dégénérescence des fibres lisses.

C'est à ce point de vue spécial que l'auteur retrace l'histoire de cette affection, montrant qu'après ses deux variétés mécaniques : excès d'alimentation et sténose du pylore, P. Franck en admet, dès 1794, une troisième par atonie motrice. Elles furent augmentées bientôt par l'école anatomique qui, voyant exclusivement les lésions locales, à l'exclusion des causes qui les déterminaient, en étendit le nombre jusqu'à 7, comme Duplay en 1833 y joignait la paralysie même. Cette doctrine a donc une tradition, des ancêtres respectables, et ne date pas d'hier, comme la précédente. Elle repose sur de nombreux faits cliniques se rattachant aux dyspepsies gastro-intestinales, aussi bien dans son début que dans ses phases moyennes. Ainsi édifiée, elle a du moins de la consistance et résiste mieux à la critique et la controverse.

La description didactique montre néanmoins encore bien des doutes et des contradictions. On ne peut en fixer le degré précis, et tandis que le clapotement est le signe pathognomonique pour les uns, il n'est pas caractéristique pour d'autres et ne fournit qu'un point de repère pour déterminer la limite inférieure de l'organe. Et encore

t-il qu'il se perçoive cinq à six heures après le repas. tendue verticale du tympanisme gastrique est ici le fait ıital, mais cette sonorité varie dans des limites difficiles fixer et peut se confondre avec celle du gros intestin, ıs que la succussion ni l'auscultation donnent des diffé- ıces absolues.

Les symptômes fonctionnels ne sont pas plus sûrs. La ıtulence n'est pas constante, pas plus que les douleurs par ises après les repas, ni les vomissements par régurgita- ɔn. Ils sont rares et l'abondance, encore plus que la ıture, des matières rendues, en est une preuve évidente. e sont les cas les plus graves et décelant souvent, d'après ussmaul, un rétrécissement fibreux du pylore. La cons- pation, la diarrhée, la dyspepsie n'ont rien de spécifique, t après toutes ces longues disquisitions, ces prolixités de ı chaire, ces exceptions de ce qui peut être et n'être pas, 'on n'est guère plus avancé avant qu'après.

Et pourtant quatre formes distinctes sont admises et définies. Simple ou latente, douloureuse, avec embarras gastrique et dyspeptique. La prédominance de l'un de ces caractères en est toute la distinction, mais souvent ils se confondent et se réunissent en forme mixte. Tout cela est donc pure scolastique et il serait beaucoup plus réel et pratique de la diviser tout simplement en deux formes : la distension latente, éphémère, accidentelle, se confondant avec des troubles gastriques, intestinaux, par de légères souffrances, des signes vagues, mal définis, et qui disparaît souvent sans avoir été perçue du malade ni entrevue par le médecin. C'est cette forme que les cliniciens émérites sont en train de distinguer, d'établir, et qui est restée jusqu'ici plutôt soupçonnée que démontrée. De là sa fréquence.

La seconde est la vraie dilatation, durable, permanente, connue de tout temps, succédant parfois à la simple distension et se manifestant par des signes sensibles, positifs, ne permettant pas d'en mettre l'existence en doute. Le clapotage permanent, indiquant la stagnation des aliments non digérés, en est le meilleur signe. Les nouvelles méthodes stomacales d'évacuation et de lavage artificiels sont surtout applicables dans ce cas.

Le surplus du traitement consiste à combattre les symp-

tômes prédominants par les moyens ordinaires, car cette dilatation n'a guère de prophylaxie en existant le plus souvent sans que le malade s'en aperçoive ni que le médecin puisse la déceler à coup sûr. Le praticien n'a donc qu'à combattre les accidents qui se présentent par les méthodes classiques, et il remplira toutes les indications, sans qu'il soit nécessaire de le lui enseigner ici comme à de simples étudiants. (*Revue de méd.*, mai et septembre.)

*Accidents tétaniformes.* Outre les troubles nerveux signalés plus haut, M. Laprévotte a observé une malade, dans le service du docteur Hanot, dont les mains étaient fermées, les doigts fléchis dans la paume et les deux index en pronation forcée, absolument comme dans la tétanie. Cet état dure plusieurs jours, et coïncide ordinairement avec une dilatation avancée. Il doit donc la faire rechercher aussitôt. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

*Dilatation chez l'enfant.* Elle n'était signalée que pour nier son existence, alors que nous en avons cité des exemples, d'après l'observation de notre ami, le docteur Moncorvo, de Rio-Janeiro. (Voy. *année* 1883.) Il a suffi d'appeler l'attention à ce sujet pour en observer aussitôt de nombreux cas à Paris sur ces enfants mal venants et surtout mal nourris. Le docteur Comby en relate ainsi 40 observations, recueillies au dispensaire d'enfants de la rue de Crimée pendant le premier semestre de 1884, sur de petits malades de deux mois à deux ans, nourris imparfaitement par un allaitement mal réglé, insuffisant, souvent artificiel, sinon une alimentation grossière et prématurée. Tous offraient uniformément un état de rachitisme avec troubles gastro-intestinaux, vomissements ou diarrhée, l'athrepsie en un mot, accompagnée d'éruptions diverses : gourmes, impétigo, eczéma et divers accidents scrofuleux. Ces maux apparents, et l'urticaire chronique en particulier, amenaient seuls les petits malades, et c'est en les examinant que l'on constatait chez un grand nombre la dilatation de l'estomac. Le développement excessif du ventre y conduit surtout par une saillie de l'épigastre et la voussure sus-ombilicale. Une sonorité claire à la percussion, se traduisant par un timbre hydroaérique local, en

est le meilleur signe avec le clapotage pathognomonique signalé plus haut.

Loin d'être diminué, l'appétit des enfants, faim et soif, est ordinairement augmenté avec digestions mauvaises, accusées par des cris, coliques, diarrhée, sommeil interrompu, cauchemars, terreurs nocturnes, convulsions même.

37 de ces petits malades sur 43 étaient rachitiques, avec pâleur et amaigrissement. Les traces de la scrofule ne sont pas rares.

Une fois établie, la dilatation de l'estomac ne disparaît pas spontanément; elle tend plutôt à augmenter par tous les écarts de régime. Elle persiste ainsi chez beaucoup d'enfants jusqu'à six ou douze ans, comme trois observations en témoignent. Des indigestions fréquentes avec coliques, diarrhée, irrégularité de l'appétit, la dyspepsie, en sont le résultat. Le pronostic en est donc sérieux, si l'on ne remédie à cet état par un allaitement exclusif et bien réglé, en rejetant absolument toutes les substances solides ou liquides autres que le lait chez les nouveau-nés jusqu'à un an et même plus tard. Il faut ensuite régler les repas des petits malades et les composer d'aliments toniques sous le moindre volume possible. Le lavage de l'estomac peut être pratiqué dans les cas graves et alors que la dilatation remonte à un long temps.

Epstein l'a employé, comme Moncorvo, avec succès. C'est le moyen le plus rapide et efficace contre les vomissements. Il apaise les coliques et il suffit parfois d'un seul lavage pour obtenir un résultat définitif. Il est contre-indiqué lorsqu'il existe des complications ou d'autres maladies. (*Archiv. de méd.*, août et septembre.)

*Diagnostic différentiel avec le cancer.* Devant les extrêmes difficultés de diagnostiquer ce dernier dans certains cas, M. Dujardin-Beaumetz montre que ses principaux symptômes se confondent surtout avec la dilatation stomacale; non cette dilatation fréquente du professeur Bouchard, qui est le relâchement des fibres musculaires seulement, mais cette augmentation énorme du volume de l'organe avec épaississement de ses parois et succédant ordinairement à l'inflammation chronique de ses différentes couches.

Quant au sexe, la dilatation est, comme le cancer,

beaucoup plus fréquente chez les hommes, en raison même de leur abus plus commun des boissons alcooliques.

L'âge n'est pas un meilleur guide. Si des enfants et des adultes présentent exceptionnellement une dilatation de l'estomac, celle-ci se montre le plus souvent, comme le cancer, après quarante ans.

La cachexie cancéreuse apparaissant à cet âge, donnée comme un signe positif, se rencontre aussi chez les dilatés à l'état chronique, par les troubles de nutrition qu'ils éprouvent. Le traitement par le lavage peut seul lever l'indécision et encore l'amélioration persistante chez plusieurs cancéreux ne permet pas toujours d'éviter la difficulté.

La coagulation veineuse de Trousseau, la douleur, considérées comme des signes de cancer, se montrent aussi dans la dilatation succédant à l'altération des parois de l'estomac.

L'hématémèse ou vomissement noir n'est pas plus concluante, car elle se montre aussi fréquemment dans la gastrite chronique avec dilatation que dans le cancer. Un riche arménien de Constantinople, cachectique avec œdème des jambes, avait des vomissements noirs et était envoyé en France comme atteint de cancer de l'estomac. On le soumit aux lavages, et, depuis quatre ans, cet homme jouit d'une santé parfaite, à condition de se laver de temps à autre son estomac très dilaté. Toute dilatation entraînant le séjour prolongé d'aliments fermentés et corrompus dans l'estomac produit des vomissements noirs. L'alcool seul les provoque chez les chiens.

La tumeur même, si caractéristique du cancer, est simulée parfois par la dilatation véritable. L'épaississement des parois donne lieu à une sensation d'empâtement, de résistance trompeuse. Les mouvements péristaltiques de l'organe suffisent à cet égard. Elle manque d'ailleurs dans le cancer, comme une curieuse démonstration du docteur Debove le prouve par une gastrotomie exploratrice. Elle décela un cancer étendu de l'épiploon et de l'estomac, dont le palper ne laissait percevoir aucun symptôme.

Les sécrétions seules de l'estomac ou la proportion de l'urée dans les urines peuvent donc uniquement lever les difficultés à cet égard. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juillet, et *Gaz. hebd.*, n° 31.)

*Régime sec.* Quand les liquides sont mal supportés dans état, il y a lieu de s'abstenir, suivant le conseil de Chomel, toute espèce de boisson : eau, lait et vin, et jusqu'aux ments ou médicaments liquides. L'usage de grands bains peine tièdes et prolongés ou de lavements d'eau simple ut suppléer à cette diète des liquides. Un verre pendant repas suffit. Le repas du matin doit être séparé de celui ı soir par un intervalle de sept à huit heures. Les soupes aisses sont le meilleur aliment avec viandes rôties, gril-ɜs, bouillies, chaudes ou froides, poissons, œufs, légumes courtes sauces, fruits, à l'exception de ceux qui sont très ɥueux.

Dans plusieurs cas de dyspepsie liquide chez des arthri-ques, où le régime lacté augmentait les accidents, le octeur Huchard a obtenu des succès remarquables et apides par ce régime sec. C'est une pratique à imiter outes les fois que l'ingestion des liquides détermine des louleurs, des pesanteurs, des nausées, des vomissements. *Bull. génér. de thérap.*, août.)

*Traitement de l'ulcère simple.* Le régime lacté exclusif et l'usage des eaux alcalines, par les grandes quantités de liquide qu'il exige, peuvent déterminer à la longue une dila-ɜation de l'estomac, selon M. Debove. En présence des bons ɜffets du régime sec, employé par le professeur Bouchard, l remplace le lait par la poudre de viande additionnée de ɔicarbonate de soude pour neutraliser la réaction acide du ɜuc gastrique sur l'ulcération. Et par cette médication, ɜmployée dans quatre cas graves d'ulcère simple, dont leux étaient traités depuis longtemps par le régime lacté ɜt l'eau de Vichy, il a obtenu la cessation immédiate des louleurs et des vomissements et l'amélioration était telle près deux mois que la guérison paraissait prochaine.

Après quelques lavages de l'estomac, on administre par ı sonde 25 grammes de poudre de viande délayée dans e l'eau et du lait avec addition de 10 grammes de bicar-onate de soude. Trois repas semblables sont faits dans la ɔurnée avec usage dans l'intervalle de petites quantités 'eau de chaux ou de saccharin de chaux. (*Soc. méd. des ɔôpit.*)

ayant recueilli 200 adhérents environ, a fondé avec le
cours, et celui de tous ceux qui voudront s'y joindre, l
des pensions de droit du corps médical français. Da
réunion de tous les adhérents présents à Paris
l'autorisation écrite des absents, tenue le 10 octobre
les statuts de cette nouvelle Association ont été lu
cutés et votés, en appelant tous les médecins fr
docteurs et officiers de santé indistinctement, à j
dre part. Les médecins étrangers, quoique pourvu
diplôme français ou légalement autorisés à exer
France, en sont seuls exclus. Un Comité directeur a
été élu, M. Dujardin-Beaumetz comme président et
teur Lande secrétaire général, assistés d'un conseil de
seurs disséminés dans les départements et ayant
tête M. Cézilly, directeur du journal le *Concours mé*
Paris.

« Ainsi se trouve fondée, dit cet organe, la Cais
pensions de droit du corps médical français. Nous n
tons pas que nos lecteurs ne se réjouissent tous, ave
d'un aussi important événement, et que ceux d'ent
qui ont jusqu'ici hésité ne viennent se joindre au p
aux ouvriers de la première heure. »

Plus d'une objection a été faite à cette nouvelle
tion fondée avec un si petit nombre d'adhérents. Ma
ne discutons pas, nous exposons, et c'est à chacun
dre connaissance des statuts. D'ailleurs une Caisse
sions des médecins belges existe depuis quinze
fonctionne en Belgique ; on peut s'en assurer. Des
confraternels, aussi généreux et désintéressés, m
donc d'être encouragés par la publicité. Voy. SYNDIC
DICAUX.

*Liberté internationale.* Des négociations diplomatiques existaient à ce sujet entre l'Espagne et le Portugal et étaient près d'aboutir, lorsque la voix des journaux et des Sociétés de médecine dans ce dernier pays, le plus petit et le moins fort, les ont arrêtées court. Déjà le gouvernement espagnol avait reconnu par décret la valeur des diplômes portugais, en les assimilant aux siens et en donnant aux porteurs le droit d'exercer en Espagne, et un projet de loi était déposé au parlement portugais pour rendre ce droit réciproque, quand les organes de la presse, examinant la question, ont montré que par la différence de l'enseignement dans les deux pays, autant que par le nombre des médecins, la réciprocité serait tout en faveur de l'Espagne. La Société des sciences médicales a adressé en effet, le 12 mai 1882, un rapport constatant que le Portugal possède un nombre de médecins suffisant à sa population et ayant l'instruction requise, tandis que leur agglomération en Espagne et la variété des connaissances et des titres ne pouvaient que préjudicier à leur liberté d'exercice en Portugal. La Chambre des députés, saisie de ce rapport, a mis en effet le projet de loi à néant. (*Annuario dos progresso med. em Portugal.*)

*Solidarité confraternelle.* Un fait remarquable de déontologie professionnelle a eu lieu à Londres, au commencement de l'année. Deux médecins honorables, Bower et Keates, étaient poursuivis pour avoir donné des soins maladroits à un enfant mort entre leurs mains. Aussitôt, sur la motion de sir W. Jenner et du docteur Moxon, président du Collège des médecins, une souscription a été ouverte en faveur des prévenus pour couvrir les dépenses du procès. A cette motion, la manifestation a été si unanime qu'en dix à douze jours 15 à 16,000 livres, soit 40,000 francs, ont été souscrits et envoyés avec tant de promptitude et de générosité qu'il a fallu ordonner la clôture pour qu'elle s'arrêtât. Devant cet exemple de confraternité éclatante contre le danger de la dignité professionnelle compromise, que devient l'*invidia medicorum?*

# F

**FIBROMES. Fibromes utérins.** Ils ne doivent pas faire recourir à l'*hystérectomie sus-vaginale*, selon Keith d'Edimbourg, aussi souvent qu'on l'a appliquée depuis son introduction dans la chirurgie abdominale. La plupart des troubles pathologiques en résultant cessent à la ménopause, comme il s'en est assuré sur un grand nombre de femmes auxquelles elle aurait pu être proposée et qui, en recouvrant la santé à l'âge critique, s'applaudissaient d'avoir échappé aux dangers de cette opération. 20 opérées de Spencer Wells sur 39 ont succombé, et 40 des 60 de Thornton et Schrœder. D'où l'indication de n'y recourir qu'en cas de douleurs intolérables ou menaçant la vie.

D'après son expérience personnelle, elle est indiquée dans le 20e des cas. Il l'a pratiquée 25 fois seulement avec 2 décès et 23 guérisons. Quelle différence avec les autres statistiques! Dans tous ces faits, il a pris soin de fermer la plaie et d'empêcher les femmes de se lever trop tôt. Il donne la préférence à la méthode intra-péritonéale pour le traitement du pédicule. Grâce aux progrès de la chirurgie intra-péritonéale, cette faible mortalité de 8 pour 100 pourra encore être réduite, si les chirurgiens savent conseiller les femmes qui les consultent et limiter leur intervention aux cas graves. (*Bristish med. journ.*, décembre 1883.) Voy. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

*Castration* ou *ovariotomie normale*. Les Allemands ne sont pas encore fixés sur les limites de cette opération ou l'ablation du fibrome. Dans la discussion ouverte à ce sujet au Congrès de Fribourg, Wiedow attribue l'abandon de la castration à l'enthousiasme qui l'a accueillie au début et à l'abus qui s'en est suivi. Des 63 cas recueillis par lui, 12 ont été mortels, dont 4 sur les 21 opérées d'Hegar. 17 fois le résultat a été satisfaisant et Freund, sur 6 opérées, a vu cinq fois les troubles cesser; il n'y eut qu'un insuccès.

Interrogé sur les indications spéciales de la castration ou

l'ablation du polype, Hegar les trouve si difficiles à pré-
ıer qu'il n'entreprend jamais la première sans être prêt
exécuter la seconde. Un fibrome bien pédiculé exige son
ılation. La règle ancienne est donc heureusement con-
rvée, mais la castration est préférée pour les tumeurs
un petit volume, tandis qu'elle est regardée comme insuf-
sante s'il est considérable; l'ablation est alors préférable
ar ce que ces gros polypes augmentent encore après la mé-
opause et deviennent kystiques. Tout est donc chirurgical
our les Allemands, sans l'expectation de 80 pour 100 indi-
quée plus haut. (*Centralblatt für gynæk.*, 1883.)

*Traitement électrique.* Il consiste, pour le docteur Apostoli, dans l'application à l'utérus d'un courant de pile continu et constant, sans interruption, au moyen d'une sonde en platine introduite à l'intérieur et intéressant toute l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervical. En cas de résistance, une ponction suivie de galvano-caustique négative est nécessaire.

Dans les fibromes hémorrhagiques ou accompagnés de leucorrhée, le pôle actif sera positif; négatif dans les cas contraires, surtout avec dysménorrhée intense, périmétrite chronique additionnelle. Celui-ci active la régression utérine et provoque des hémorrhagies salutaires au début, que l'on peut toujours réprimer ensuite avec le pôle positif.

Une forte intensité atteignant 100 milliampères en une ou deux séances est toujours nécessaire, surtout dans les utérus très profonds et hémorrhagiques. Cinq à huit minutes suffisent pour assurer toute l'intensité et l'efficacité de la cautérisation. 20 à 30 de ces séances sont indispensables pour la régression suffisante de l'utérus et la restauration complète des malades. Une à deux par semaine peuvent être pratiquées, même en pleine hémorrhagie en cas d'urgence. Un électrode de terre glaise sur la peau rend le pôle indifférent et prévient la douleur et l'eschare. Une bonne hystérométrie est tout le secret du succès par l'action électro-chimique en résultant. 118 observations montrent qu'elle amène la régression de tous les fibromes, surtout interstitiels, mais non leur disparition totale, avec suppression des métrorrhagies et un bien-être rapide et

durable des opérées; d'où l'indication de ce traitement avant de recourir à de plus graves et dangereuses opérations. (*Acad. de méd.*)

**Fibro-myomes utérins.** D'après les résultats de sa pratique des plus favorables, le docteur Kœberlé résume les indications de leur excision, suivant l'accroissement rapide ou continu de la tumeur, la gravité de l'état de la malade et les hémorrhagies. Les adhérences étendues et vasculaires à la paroi abdominale et aux organes internes, l'emprisonnement dans le bassin, la récidive rapide de l'ascite, en sont des contre-indications. Autrement, il opère par le vagin quand la tumeur y prédomine et que les dimensions du canal permettent son extraction. Le morcellement et l'énucléation sont des résultats trop aléatoires, quant aux suites immédiates et à distance, pour y recourir. La laparotomie est applicable aux fibro-myomes interstitiels ou sous-péritonéaux. Il réduit le pédicule, sans employer l'antisepsie, variable suivant la mode du jour, et recourt à l'asepsie ou propreté absolue.

Lorsque ces fibromes siègent à la paroi postérieure de la matrice, M. Margary (de Turin) préfère l'amputation sus-vaginale. (*Congrès de Copenhague.*)

**Fibro-myomes de l'abdomen.** Voy. TUMEURS ABDOMINALES.

**Fibro-myome de la langue.** Aux trois ou quatre cas connus depuis 1872 de cette maladie, M. Blanc en relate un nouveau, observé dans le service du professeur Poncet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, sur un homme de trente-trois ans, entré le 16 novembre dernier. Depuis une dizaine d'années, sa voix est devenue rauque et nazonnée, sans aucun malaise de la gorge, ni dyspnée, ni dysphagie; jamais d'hémorrhagie. Son ronflement exagéré réveillait parfois sa femme. Endormi sur le dos, il était réveillé brusquement par le manque d'air. Les aliments solides lui sortaient par le nez, surtout au commencement du repas. Une sorte de démangeaison de la gorge provoque de petits accès de toux le soir et la nuit.

Tout en s'accentuant, ces symptômes n'avaient pas éveillé

attention du malade, quand un étranger, frappé du timbre izarre de sa voix, examina la gorge et y constata la préence d'une tumeur. Elle est confirmée par M. Poncet qui a trouve comme un gros œuf, pyriforme, à la base supéieure du pharynx. Son extrémité atteint et refoule le 'oile du palais; la luette en est courbée en forme d'arc. Jn repli muqueux partant de son bord droit la relie à 'amygdale. Mobile en tous sens, surtout latéralement, elle est située tout à fait à la base de la langue et permet le passage du doigt entre sa face postérieure et l'épiglotte. Sa base d'implantation est large et son corps dur, incompressible, recouvert d'une muqueuse sans engorgement ganglionnaire.

L'ablation en est faite par une anse de fil métallique passée au travers qui l'attire et la maintient au dehors. A l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, elle est excisée successivement par fragments, jusqu'à plus de la moitié de son volume. L'eau glacée suffit à arrêter l'hémorrhagie. Le microscope démontra un fibro-myome avec prédominance notable de tissu fibreux et des fibro-cellules.

L'opéré quitta aussitôt l'hôpital et reprit son travail, mais une tuméfaction considérable du cou survint le troisième jour avec douleurs internes dans le gosier. Du liquide sanieux, purulent et infect, s'écoula de la bouche avec expulsion, le quinzième jour, d'une masse charnue, volumineuse, d'un gris noirâtre, *ayant l'aspect d'un morceau de viande pourrie* et d'une odeur insupportable. Ce fut la terminaison des phénomènes inflammatoires, et, cinq mois après, l'opéré était absolument libre de la parole et de la respiration, sans autre trace de la tumeur qu'un petit noyau cicatriciel. (*Gaz. hebd.*, n° 37.)

**FIÈVRES.** Après avoir éliminé ce mot d'une foule de maladies où, il y a moins d'un siècle, les médecins l'employaient encore, ne voyant que ce phénomène sans la lésion ni l'organe qui le produit, l'organicisme actuel, par les excès mêmes et les minuties de ses constatations, tend à remettre ce terme générique en honneur. Il faudra dire désormais *Fièvre chlorotique*, comme les anciens. M. le docteur H. Mollière, assisté de son interne, a découvert en effet que chez toutes les chlorotiques un thermomètre vagi-

nal ou rectal accuse une différence d'au moins un degré au-dessus de la température normale, alors qu'il était classiquement admis, depuis les recherches faites à ce sujet par le professeur Peter sur la peau des malades, que cette température était plutôt au-dessous de la moyenne normale. D'après les observations de Cazin et Battle, la température cutanée baisse d'une manière sensible au toucher chez les chlorotiques, surtout aux extrémités. Elle est même d'autant plus accentuée que la chlorose est plus intense. Cette surélévation est persistante, dure des mois et des années, autant que la maladie, et ne décroît que graduellement, en même temps que la guérison s'obtient. La courbe thermique constante, fixée entre 38° et 39°, est sujette encore à des oscillations qui peuvent la faire monter à 40° et plus, sous une influence ignorée dépendant de la seule chlorose.

Pas une des chlorotiques en expérience ne pouvait être soupçonnée de tuberculose latente, les exacerbations fébriles ne tenaient à aucune complication intermittente : angine, coup de froid, rhumatisme ou désordre menstruel. La durée des observations, prises simultanément chez des chlorotiques et de simples anémiques, a permis de constater l'inaction de la menstruation sur le chiffre de la température, malgré les affirmations contraires de quelques auteurs.

Le nom de fièvre est d'autant plus applicable ici que cette hyperthermie fébrile interne est attribuée aux troubles nerveux si fréquents dans la chlorose, à moins que d'après une autre interprétation toute physique : le refroidissement externe, par le spasme des vaisseaux périphériques, cette hyperthermie profonde ne soit le résultat de la rétention de la chaleur organique. Le défaut d'augmentation de l'urée dans l'urine vient à l'appui de cette interprétation mécanique. (*Lyon médical.*)

**Fièvres palustres.** Une nouvelle classification en est dressée par le docteur Pellereau, exerçant depuis dix ans à l'île Maurice, exclusivement basée sur la température prise sous l'aisselle à l'aide du thermomètre dans l'état sain et l'état malade d'individus arrivant de tous les pays. Au lieu d'observations, de faits, elle est figurée par des

:és au nombre de 34, marquant les différents types, avec sans traitement par la quinine. Telle est l'intensité du udisme dans cette île tropicale qu'il forme un fléau ıtinu et désastreux pour les colons, dont on ne peut ère avoir l'idée en Europe ni dans les climats tempérés ı autres parties du monde.

De là les nombreux types figurés par des schémas ou cés de la température montrant l'accès sous ses diffé-ıtes formes dans cette classification thermométrique di-ée en 4 classes :

*Fièvres larvées* sans les types quotidien, tierce et quarte.

*Fièvres intermittentes* sous les types quotidien et bi-quoti-ên, se divisant en simple et sub-intraux, tierce, quarte, ıintane, sextane, septane, octane, bi-septenaire et men-ıelle.

*Fièvres rémittentes* simples ou graves, accompagnées de ısions organiques. Ce type est le plus dangereux par les ırprises et les déboires qu'il offre au clinicien.

*Cachexie palustre*, se divisant en aiguë et chronique.

On comprend que les individus soumis à cette influence onstante de la malaria en éprouvent des complications edoutables dans les traumatismes et les opérations, comme l. Verneuil l'enseigne, et que toutes les affections organi-ques en soient aggravées, si elles n'en sont la conséquence. *Arch. de médecine*, octobre.)

*Suppositoires de quinine*. Proposés pour l'emploi de ıautes doses de quinine chez les enfants par M. Pick. On ncorpore un gramme à un gramme et demi de chlor-ıydrate de quinine avec deux grammes de beurre de cacao t cérat q. s. Après avoir lavé l'intestin, on place ce sup-ositoire aussi haut que possible. (*Deutsch med. Woch.*, 1° 18.)

*Injections sous-cutanées d'acide phénique*. Un cocher de rente-six ans entrait le 26 juin à l'hôpital Saint-Antoine, ıteint de fièvre tierce à type franc, avec céphalalgie intense, oie et rate petits et les antécédents suivants. Accès de ièvre tierce en 1877 à Richmond, traité par la quinine en cachets pendant trois mois. En juin 1882, il entre à la

Charité pour le même sujet, où il est traité pendant trois semaines avec la quinine. En 1883, il se présente à l'Hôtel-Dieu, où M. Moutard-Martin lui administra le même traitement pendant un mois.

Devant ces insuccès répétés de la quinine, le docteur Dieulafoy la remplace par les injections hypodermiques de 1 gr. 25 d'une solution d'acide phénique au 100e, trois le matin et trois le soir les jours d'apyrexie et deux le soir les jours fébriles. Sous cette influence, la température fébrile s'abaissa régulièrement de quatre dixièmes sur celle de l'accès antécédent. Après six accès, la fièvre tomba complètement et ne reparut plus. Aucun accident ni local ni général ne résulta de ce traitement de l'empoisonnement palustre.

Sans doute, il n'y a pas à y recourir dans les cas graves et d'emblée. C'est un succédané de la quinine, après son inefficacité constatée, comme le bromure de potassium et surtout l'arsenic. Un jeune homme revenu d'Athènes avec les fièvres tierces, malgré l'usage de la quinine, fut soumis, par le docteur Huchard, au bromure de potassium, 4 grammes par jour, et en obtint un plein succès. Des guérisons ont été obtenues ainsi en quarante-huit heures après l'insuccès de la quinine. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre, et *Gaz. hebdom.*, n° 42.)

Deux autres cas ont été traités par l'auteur avec les mêmes injections phéniquées, sans aucun accident local; dès le cinquième jour, la fièvre avait disparu. (*Idem*, n° 44.)

**Fièvre typhoïde.** Sa bénignité s'est montrée particulièrement à Paris cette année. Sur 35 malades, traités à l'Hôtel-Dieu par le docteur Letulle dans le premier trimestre, tous ont guéri, malgré 16 cas graves et 19 légers. La rareté extrême des taches rosées lenticulaires fut le caractère dominant de ceux-ci, où la convalescence s'établit en quinze jours et au vingt-cinquième au plus tard. Un délire léger d'inanition se montra dans un cas qui disparut en quarante-huit heures par l'alimentation.

Des cas graves, 5 revêtirent particulièrement la forme adynamique, malgré l'âge de quinze à vingt-deux ans des malades. Ils furent soumis d'emblée à l'alcool et au café à doses élevées avec extrait de quinquina, ventouses, fric-

ons stimulantes et bain quotidien à 20°, de cinq à dix minutes.

Les 11 autres furent marqués par des complications : cas d'hémorrhagies intestinales, 6 rechutes d'une durée moyenne de quatorze jours, 2 maladies intercurrentes, érysipèle de la face et rougeole récidivée, 2 avortements et un accouchement prématuré sans influence défavorable sur la fièvre; elle fut même atténuée manifestement par l'énorme déperdition sanguine dans un cas. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

*Influence sur la dilatation de l'estomac.* Voy. ESTOMAC.

*Etiologie fécale.* Infirmée à Nancy l'année dernière, elle vient de s'affirmer au contraire positivement à Genève. Une grave épidémie s'est déclarée dans cette capitale de 70,000 habitants, en déterminant jusqu'à 1 000 décès en mars 1884, alors que 15 seulement s'étaient produits en janvier.

Elle a éclaté au sein de l'agglomération génevoise, urbaine et suburbaine, en se localisant surtout dans le périmètre des quartiers alimentés par l'eau puisée dans le port au moyen de la machine hydraulique. Or cette eau avait été accidentellement souillée par des égouts de la banlieue, pour lesquels un grand collecteur a été entrepris aussitôt afin de les déverser en aval de la ville. La preuve évidente de cette cause est l'immunité des populations environnantes : 6 ou 7 cas de cette maladie se sont produits seulement dans le reste du canton. La contagion même paraît avoir été sans influence. (*Revue méd. de la suisse romande*, 15 avril.)

Les infiltrations d'une fosse d'aisances dans un puits, dont l'eau, préservée du voisinage d'un égout collecteur, servait à l'usage de plusieurs familles, n'ont ainsi amené que des entérites et des diarrhées sans fièvre typhoïde (Voy. *année* 1883), tandis qu'ici l'eau potable, souillée des eaux d'égouts, a déterminé la fièvre typhoïde, comme à Auxerre en 1882. L'analyse de ces eaux devrait donc déceler l'agent ou le microbe infectieux différentiel, produisant des affections aussi distinctes.

*Microbe typhique.* Dans le dépôt des eaux d'un puits con-

taminé par les fosses d'aisances, M. E. Gautrelet a trouvé des cellules sphériques qu'il prétend être le microzoaire de la fièvre typhoïde. Il se rencontre en quantité plus grande à la surface qu'au fond; mais sans se confondre avec les flocons bruns qui sont les cadavres de ces microbes, morts par le défaut d'oxygène dans l'eau du puits contaminé. Il le dénomme *Stercogona tetrastoma*. C'est encore un ajouté à la liste, sans plus de valeur que les autres. (*Acad. des sciences*, janvier.)

*Communication aux animaux.* Expérimentalement, M. Tayon n'a pu la transmettre aux animaux inférieurs par l'injection directe du sang ou des excréments d'un typhique; mais si le sang est ajouté à du bouillon stérilisé, celui-ci se trouble en vingt-quatre heures par le développement d'une multitude de microbes, et ce liquide inoculé à des cobayes détermine des lésions typhiques et la mort dans un intervalle de vingt-cinq minutes à quarante-cinq heures. Les moutons, les chiens et les chats en éprouvent aussi les effets virulents à un moindre degré, tandis que les pigeons, les colombes, les lapins et les rats albinos sont réfractaires à ce liquide. Son inoculation au cobaye semble, au contraire, augmenter la virulence des microbes, car il produit alors un typhus fatal chez le chat, le mouton, le poulet et, après ceux-ci, les lapins éprouvent aussi l'influence du poison; une culture intermédiaire est ainsi nécessaire dans chaque cas, tandis qu'un cobaye inoculé directement avec le sang de son pareil ne produit rien. Pour réussir, ce sang doit préalablement être cultivé pendant vingt-quatre heures. (*Acad. des sc.*)

Toutes ces variations, sortes de métamorphoses entre les animaux, sont sans doute fort curieuses au point de vue naturel; mais ne prouvent-elles pas clairement, par l'instabilité même de ces expériences, qu'elles ne sont nullement applicables à l'homme, comme tant d'expérimentateurs l'infèrent tacitement?

*Association avec le rhumatisme.* Cinq exemples en sont relatés par le docteur Finlay dont le suivant offre le type : Un homme de vingt-quatre ans est admis à l'hôpital Middlesex, le 1er octobre 1883, pour un rhumatisme articulaire.

Né d'une famille de rhumatisants, il a déjà eu plusieurs accès et se plaignait de douleurs et de raideur dans les articulations des membres huit jours avant son entrée. Pouls à 83°, température de 101°,4 Fahr. et 103,4 le soir. Langue chargée; murmure systolique précordial. Salicylate de soude à l'intérieur avec enveloppement ouaté des jointures douloureuses. Quatre jours après, la température était revenue à l'état normal avec absence de douleurs et il entrait en convalescence le 13. L'amélioration continua jusqu'au 19, lorsqu'il se plaignit de raideur dans le dos et de mal de tête à la visite. Le soir, la température s'élevait à 102,6 et à 104,2 le lendemain avec tous les signes d'une fièvre typhoïde. Des taches rosées lenticulaires apparurent le 25, la diarrhée le 28 et une perforation survint le lendemain qui entraîna la mort le 31. Une péritonite généralisée et une perforation à la partie inférieure de l'iléon furent constatées à l'autopsie avec deux petites ulcérations de l'intestin grêle; l'une était perforée, tandis que le fond de l'autre était granuleux et en voie de cicatrisation.

D'où l'interprétation que la fièvre entérique a débuté avec le rhumatisme et qu'une recrudescence de la première, rendue manifeste par l'âge différent des ulcérations, a déterminé la mort. Un second cas a été également fatal par la même cause; les trois autres ont guéri.

L'association de ces deux maladies, quoique n'étant pas signalée par les auteurs, ne paraît pas rare. Outre ces cinq faits sur sept cas de fièvre typhoïde développée dans les salles du même hôpital, cinq se sont manifestés chez des rhumatisants comme dans le premier. Une certaine relation existerait même entre ces deux maladies, d'après les faits cités dans la discussion. L'administration d'aliments solides pendant la convalescence du rhumatisme semblerait même avoir déterminé la perforation intestinale dans les deux cas mortels. D'où le danger d'une alimentation trop rapide, après ces courts accès de rhumatisme mal caractérisé, et l'indication d'interroger l'état de l'abdomen en pareil cas. (*Clin. Society*, 28 avril.)

*Artérite aiguë.* Revenant sur la pathogénie de la gangrène des extrémités dans la fièvre typhoïde, le docteur E. Barié, sans nier l'action embolique des caillots venant du cœur,

[illegible] à faire [illegible] à notre première doctrine par celle de l'artérite localisée, [illegible] sur place, soit d'emblée par l'action directe du sang, soit à la suite de l'arrêt du caillot embolique. Il en fait même deux espèces, pour expliquer la gangrène et la guérison, dont voici les signes différentiels :

| Artérite oblitérante. | Artérite pariétale. |
| --- | --- |
| Douleur vive et subite sur le trajet d'une artère avec exacerbation par la pression, la station, les mouvements, la marche. | Douleur moins vive. Elle semble devoir être aussi plus circonscrite et localisée. |
| Diminution très marquée, sinon suppression, des battements. | Diminution des battements, avec exagération de leur amplitude précédant leur disparition temporaire. |
| Gonflement du membre, sans œdème ni rougeur : marbrures violacées ensuite ou taches purpuriques. | Gonflement moindre, sans taches ni marbrures. |
| Abaissement de la température locale : fourmillements, anesthésie localisée. | Température abaissée, mais parfois supérieure à celle du côté sain. |
| Cordon dur et douloureux de l'artère au toucher, par thrombose consécutive. | Absence du cordon artériel. |
| Terminaison par la gangrène. | Guérison habituelle. |

Entre l'artérite primitive et l'artérite secondaire autour de l'embole venant du cœur, il y a les différences suivantes : Celle-ci s'affirme par un bruit de souffle orificiel, la faiblesse, l'irrégularité, le timbre voilé des bruits, l'acuité de la douleur, son apparition brusque avec phénomènes subits d'oblitération; troubles vasculaires divers et éloignés.

Le caractère normal du timbre et du rythme cardiaques, une douleur peu vive et moins soudaine, parfaitement localisée, avec apparition tardive du sphacèle, sont particuliers à l'artérite primitive.

Basés sur 21 observations cliniques et nécroscopiques, stologiques même, ces caractères différentiels peuvent nc aider au pronostic de ces graves complications de la vre typhoïde. (*Revue de méd.*, janvier et février.)

La *cyanose localisée* à la partie du membre atteint, peu arquée dans les cas précédents, était le signe principal ns deux exemples recueillis dans le service de M. Vulpian r M. Brunon. Le premier était un garçon de dix-huit ans, teint d'une pleuro-pneumonie gauche avec quelques mptômes typhoïdes. Au douzième jour, la maladie étant pleine résolution, le malade accuse une douleur du embre inférieur droit à la visite. Découvert, ce membre ut entier était cyanosé d'une manière si frappante que le aître n'hésita pas à diagnostiquer une artérite crurale. teinte était plus prononcée au mollet et au pied qu'à jambe; elle augmenta en faisant lever le malade, les ines de la jambe devinrent plus apparentes, et une aînée bleuâtre dessinait le trajet de la saphène interne. douleur devint intolérable et une abondante sudation pied s'ensuivit immédiatement. Tout le membre était gmenté de volume, avec 2 centimètres de circonférence plus de la cuisse droite, et plus chaud que son congé-re.

Un homme de soixante ans, ancien marin aux colonies, oolique et rhumatisant, présentait une scléro-athéromasie érielle généralisée avec des douleurs des membres infé-urs et de la région lombaire, compliquées d'œdème mal-laire. Il suffit de faire lever ce malade pour que les nes du membre inférieur devinssent aussitôt turgescentes le pied et la jambe surtout, avec une teinte rosée, puis nique, offrant un contraste frappant en deux minutes c l'autre jambe. Tous ces phénomènes disparurent com-tement, aussitôt recouché. (*Arch. de méd.*, juillet.) C'est n fait important à signaler, surtout par la guérison de térite chez ces deux malades comme dans la fièvre ty-ïde.

*rysipèle de la face.* Sur 3 910 observations, le docteur liam Gerente a rencontré 64 fois cet érysipèle. C'est donc complication rare et encore paraît-elle atténuée dans

ses symptômes locaux et généraux. Elle se montre, sans contagion possible dans les formes graves adynamiques, à la fin de la dernière période ou lors de la convalescence. Son pronostic est grave, en raison de la débilité et l'infection générale du malade. 16 morts en sont résultées sur 36 cas. Une simple coïncidence relie donc ces deux maladies. (*Thèse inaugurale*, Paris, 1883.)

*Aphasie transitoire.* Un exemple de cette rare complication, observé à Fribourg dans la clinique de Baümler, a provoqué des recherches montrant qu'elle se rencontre plus souvent que l'on ne croyait. Le docteur R. Kuhn en a trouvé 36 cas dans la littérature médicale, dont 9 compliquant des exanthèmes aigus : cinq de variole, deux de rougeole, un de scarlatine et un d'érysipèle.

Elle a donc existé 28 fois chez des typhiques, en y comprenant le fait actuel, dont 15 garçons, 10 filles et 3 adultes seulement. L'âge des enfants variait de trois à six ans chez cinq; de sept à treize chez dix-huit, un de quatorze et un dont l'âge n'est pas fixé. Il semble que la grande impressionnabilité du système nerveux chez l'enfant en soit la principale cause.

Elle s'est manifestée 20 fois dans le cours de la fièvre et 6 fois durant la convalescence. Une hémiplégie droite développée quatorze jours après l'aphasie, chez un garçon qui a guéri rapidement, est le seul exemple de paralysie. Mais une parésie transitoire avec incoordination des extrémités s'est montrée chez trois autres enfants et deux cas de surdité sans aphasie ont été observés chez les adultes.

Cette complication a coïncidé le plus souvent avec une fièvre typhoïde grave et d'autres symptômes nerveux, mais sans perte de connaissance. Tous les cas ont guéri, à l'exception d'un seul, sans que l'aphasie ait duré plus de trois à six semaines. La plus courte a été de deux jours, les plus longues ont été de quatre mois et une de quatre années. Le pouvoir de la parole revenait aussi rapidement qu'il avait disparu. Il n'y a donc pas trop à s'effrayer de cette complication, deux autopsies n'ayant montré d'autres changements anatomiques dans le cerveau qu'un œdème léger après une fièvre typhoïde et une variole. (*Deutsch arch. klin. med.*, 1883.)

*Perforation mortelle de la vésicule biliaire.* Deux cas en t été observés à peu d'intervalle. Une typhisée, traitée r les bains froids, était en pleine convalescence, lorsque mort survint brusquement par péritonite. L'autopsie ite par M. Maquart montra une perforation de la vésile biliaire comme l'unique cause de cette mort. (*Journ. s sciences méd. de Lille*, p. 593.) Elle est arrivée le douème jour chez un typhisé atteint d'un ictère chronique dû l'obstruction du canal cholédoque par un calcul, démonée à M. Barbe par l'autopsie. Une cholécystite ulcéreuse, ıusée probablement par le processus typhoïdique, avait mené la perforation. (*France méd.*, p. 1071.)

*Thérapeutique antiseptique.* Contre la fièvre typhoïde en articulier, le professeur Bouchard emploie le calomel à ou 2 centigrammes toutes les heures jusqu'à salivation. 'est un des agents qui lui ont le mieux réussi, tout en endant la convalescence plus longue. Il cherche en outre à ésinfecter l'intestin avec des substances arrivant à sa surıce, sans être absorbées par l'estomac. Tel est le charbon ıdoformé, résultant de la dissolution de 60 centigrammes iodoforme dans 100 grammes d'éther. Le charbon, délayé ıns cette solution qu'on laisse évaporer, est mêlé à 200 :ammes de glycérine que l'on fait prendre au malade par ıillerée à bouche toutes les deux heures. Les matières sont ésinfectées complètement et sans odeur lors de leur évaıation. Voy. THÉRAPEUTIQUE ANTISEPTIQUE.

*Acide phénique.* Son emploi est condamné par le docteur . Robin comme augmentant l'élimination du soufre et de potasse, éléments histogéniques déjà trop librement iminés de l'organisme pendant la fièvre typhoïde. Un grand ɔmbre d'accidents survenant pendant l'administration de ɛt acide peuvent ainsi lui être rapportés. Sous prétexte de ıer le microbe, on exténue le malade. Il doit être proscrit, ıssi bien que les autres substances éliminées de même, ɔmme la créosote, le thymol, le naphthol, la résorcine, la ıniline, le benzol, l'aniline, etc. (*Acad. de méd.*, 26 février.)

*Injections de caféine.* Une étude chimique, physiologique et ıérapeutique de la caféine, par M. E. Leblond, montre que

[illegible] à des indications cliniques très précises, d'après [illegible] français. L'action du café sur l'économie à [illegible] ses bons effets dans la migraine, dans la stupeur du narcotisme et de l'ivresse l'ayant fait administrer en infusion par Martin-Solon le premier en 1832 contre l'adynamie typhoïde, il constata la diminution de la stupeur, de la somnolence et de l'abattement. Contre la prédominance de la stupeur, sans symptômes de méningite, avec absence de vomissements et de diarrhée, sans fièvre ni chaleur intense, il administrait une infusion de 10 à 15 grammes de café pour 250 d'eau, à prendre dans la journée durant les heures de rémission. Trousseau constata souvent aussi l'incontestable efficacité du café contre l'adynamie typhoïde.

A la dose de 30 à 50 centigrammes à l'intérieur, la caféine paraît également contribuer à l'abaissement de la température. Chez deux typhisés de seize et vingt-cinq ans, observés dans le service de M. Sévestre, la température de [illegible] s'abaissa en moyenne d'un degré chaque fois que la caféine était administrée. Elle remontait au contraire, malgré la continuation des autres moyens internes et externes, dès que l'on en cessait l'usage. *Des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la caféine*; thèse inaugurale par le docteur [illegible]; Paris, 1883.

Le docteur Huchard, l'un des premiers après Gubler qui ait employé ce nouvel alcaloïde, le donne dans la fièvre typhoïde à formes rénales, toutes les fois que la sécrétion urinaire est peu abondante, qu'il faut stimuler les reins et qu'il y a albuminurie.

Dans les *formes cardiaques*, avec affaiblissement du premier bruit du cœur, arythmie, bruit de galop sans albuminurie.

Contre les *symptômes adynamiques*, les injections sous-cutanées de caféine sont un excellent succédané des injections d'éther pour combattre ces fâcheux accidents. (*Tribune méd.*, 11 novembre 1883.) Voy. INJECTIONS.

**Fièvre puerpérale.** *Prophylaxie.* Sur ce sujet tant discuté et encore si peu éclairci, un nouveau débat s'est élevé à l'Académie de médecine de New-York. Aux doctrines étiologiques de l'inflammation et du traumatisme, défendues

ves à l'appui, a succédé celle de la septicité pour
acer systématiquement, sans autres preuves plus
es et démonstratives que la faveur dont elle jouit
ent. Mise à l'ordre du jour par le docteur Gaillard
cette doctrine a surtout brillé par le curieux
ı'elle élève contre la fièvre puerpérale. Il ne s'agit
s ni de démonstrations, mais d'un échafaudage
ıntiseptiques plus dangereux et inapplicables les
ɜs autres, comme on peut en juger.

tout accouchement à l'hôpital ou en ville, la
lestinée à cet effet doit être préalablement lavée
ɔlancher, murailles et garnitures, avec une solution
ı ou de sublimé au millième, le lit et la literie en
ibés. Le seigle ergoté doit être administré trois
ɔur au moins pendant la semaine qui suit la déli-
le périnée a été déchiré, il doit être suturé aussitôt
er cette avenue à l'absorption septique. Les plus
lutions de continuité des lèvres ou du vagin, étant
ır la pression de linges, seront touchées avec une
l'acide phénique et de sulfate de zinc à parties
ɔhées de nouveau et immédiatement badigeonnées
ion à la gutta-percha. Des injections vaginales
es et des pessaires d'iodoforme introduits toutes
ɔures en cas d'accouchement normal et deux fois
ɜnt s'il a été laborieux, pendant dix jours consé-

ıe la fièvre puerpérale s'est montrée, des injections
ines froides seront pratiquées de une à cinq heures
e selon l'acuité pour diminuer la température.
ıs seront combattus par l'emploi de la quinine. »
*méd. de New-York,* 7 février, et *Boston med. and*
*nal*, n° 8.)

antiseptique complet, exécuté par le professeur
ıns un pavillon isolé de la Maternité de Paris, est
ɜaucoup dépassé et exagéré dans la pratique civile
e. Mais comment serait-il possible de soumettre
accouchées à ces règles, sans de graves et sérieux
les moyens prophylactiques sont indiqués dans
.s, ces circonstances sont très rares et l'on n'en sau-
ıne règle absolue. Il a suffi que le docteur Barker
ɜ danger expérimenté des injections intra-utérines

pour détruire l'économie de ce brillant échafaudage d'antiseptiques. (*Lancet*, 12 avril.)

*Transmission à l'homme.* A l'affirmation de M. Hervieux, déclarant en avoir éprouvé quelques accidents pendant son séjour à la Maternité, voici une observation confirmative faite à la clinique de Necker par le professeur Potain. Un homme de trente ans, après avoir soigné sa femme morte de fièvre puerpérale le 9 juillet, quatre jours après son accouchement, entre à l'hôpital le 10 juillet avec frissons, fièvre, albuminurie, tuméfaction consécutive du foie et de la rate, ictère hémaphéïque, congestion pulmonaire, inflammations angio-leucitiques suppurées multiples. Aucune cause d'infection autre que la contagion à laquelle il était exposé en soignant sa femme démontre donc bien évidemment la transmission. (*Revue de méd.*, septembre.)

Faut-il voir là une confirmation de l'existence du nouveau microbe aérobie cultivé par le professeur Arloing, en remplaçant le bouillon de poulet par celui de bœuf? Les faits ultérieurs répondront.

*Insufflations d'iodoforme.* Admettant avec les organiciens purs qu'il n'y a pas de fièvre puerpérale essentielle et qu'elle résulte d'un état septicémique produit par la putréfaction de certaines substances organiques, le docteur Boardman insuffle jusqu'à deux drachmes, soit 8 grammes de poudre d'iodoforme dans le vagin et l'utérus, en vue d'arrêter, à leur siège même, le développement des germes morbides. Employées après l'insuccès des injections phéniquées, chez une primipare dont la température s'élevait au-dessus de 105° Fahr. au dizième jour de son accouchement, ces insufflations la firent tomber à 100 dès le lendemain avec 89 pulsations. Elle se releva dès le 12 à 106, sous l'influence de complications thoraciques, mais celles-ci furent facilement combattues et cette femme sortit de la Maternité le 9 août, trente jours après son entrée.

Fondé sur ce succès, l'auteur a employé ultérieurement cet agent dans 7 cas, concurremment avec les injections de sublimé, durant son nouveau tour de service à la Maternité; toujours la température s'est immédiatement abaissée sous

son influence, comme les tracés le confirment clairement. D'où sa confiance en ce moyen.

Cette communication n'a pourtant pas été accueillie favorablement. On a surtout opposé les accidents mortels produits en Allemagne avec cette poudre, et les résultats toxiques de son emploi, invoqués par plusieurs orateurs, ne sont pas de nature à faire suivre cet exemple. (*Soc. obstétr. de Boston*, 12 avril.)

**Fièvre uréthrale.** *Pathogénie.* La différence frappante des symptômes de l'*urethral fever* avec la *catheter fever* a suggéré au docteur Will, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital d'Aberdeen, une idée nouvelle de leur étiologie fondée sur les doctrines régnantes. Le frisson, la chaleur, la sueur succédant à l'introduction d'une simple bougie pour l'exploration ou la dilatation d'un rétrécissement, alors que l'uréthrotomie interne consécutive ne produit rien de semblable, est une preuve pour lui que cette fièvre éphémère de vingt-quatre à quarante-huit heures est purement d'ordre réflexe.

Tout autre est la fièvre succédant au cathétérisme pour rétention d'urine par hypertrophie de la prostate et ne se montrant d'ordinaire qu'après plusieurs passages de la sonde. Elle s'accompagne de malaises, nausées, langue rouge, sèche et contractée avec peau rude et sèche, parfois gluante, et le malade, graduellement plus faible, s'éteint lentement en quinze jours à un mois. L'urine, normale en apparence au début, devient alcaline et dépose une grande quantité de mucus, de pus et parfois de débris de micrococci. C'est là un danger de la rétention chronique qui peut être prévenu en employant un cathéter aseptique et en ne vidant qu'incomplètement la vessie dilatée.

Son origine mécanique pouvait être admise, d'après ce fait clinique, par le vide subit de la vessie dont les parois, altérées par ce défaut soudain de résistance, pouvaient s'irriter, s'enflammer comme les reins ensuite par les changements opérés dans leur circulation. Mais l'emploi d'un cathéter aseptique doit aussi faire admettre l'introduction de germes dans la vessie, comme l'explication la plus rationnelle des organismes qui s'y rencontrent à l'autopsie. La vessie ordinairement enflammée, bourbeuse, les uretè-

res et les bassinets congestionnés, les reins criblés de petits abcès, sont aussi parsemés de micrococci. D'où la question de l'origine de ces germes de putréfaction.

La réponse est donnée, suivant l'auteur, par les moyens même prévenant cette putréfaction locale. L'introduction directe d'organismes septiques par la sonde, ou l'évacuation rapide et complète de la vessie, surtout en la comprimant avec la main. Une véritable aspiration en résulte aussitôt par les parois qui conservent ainsi les germes de putréfaction, en formant une espèce de nid pour leur évolution. D'où les suites fatales de cette introduction. (*Lancet*, 26 avril).

**FISTULES.** Celles des parois costales sont devenues l'indication d'une nouvelle opération radicale, la thoracoplastie, offrant des dangers supérieurs, dans beaucoup de cas, au mal lui-même. Voy. EMPYÈME.

**Fistules gastro-néphritiques.** Aux deux exemples rencontrés sur le cadavre et consignés dans une thèse de Paris en 1856 et dans un journal italien de 1866, sans aucun détail clinique, le docteur Chadwick en ajoute un troisième sur le vivant pour en compléter le tableau. Une femme de soixante-deux ans, ayant eu pendant sept ans des coliques d'estomac avec vomissements revenant toutes les six semaines, s'aperçut ensuite, par ses fréquentes mictions, qu'elle rendait des parcelles d'aliments dans son urine. Tympanisme général à l'examen, excepté dans la partie supérieure de la région lombaire droite où un corps résistant faisait saillie sous les côtes comme un rein hypertrophié. Urine trouble dont le jet est parfois interrompu par des particules solides et des bulles de gaz. Plusieurs examens consécutifs par le professeur Wood y décelèrent des traces d'albumine, beaucoup de pus, un peu de sang, des fibres musculaires, de la pomme de terre cuite et des fibres végétales. De là le diagnostic, confirmé par deux consultants, sans qu'aucune opération ait paru propre à remédier à cet état. (*Obstr. soc. of Boston*, 10 mai.)

**Fistules vésico-intestinales.** A propos d'un malade atteint de dyssenterie chronique avec douleurs hypogas-

triques vives, mictions fréquentes, pesanteurs sur l'anus et expulsion de matières fécales par l'urèthre, — ce qui entraîna de la cystite, de l'uréthrite, la gangrène du scrotum et la mort par intoxication urémique, — le docteur Dazet divise ces fistules en *congénitales* par vice de conformation de l'anus ou du rectum; en *traumatiques* résultant de plaies chirurgicales ou accidentelles et en *pathologiques* ou spontanées dont la cause est dans la vessie ou l'intestin, sinon dans le tissu cellulaire avoisinant ces deux organes, comme c'était le cas dans l'exemple précédent. (*Revue méd. de Toulouse*, p. 129.)

*Colotomie*. L'emploi des méthodes antiseptiques donne une telle hardiesse aux chirurgiens qu'ils ne connaissent plus de bornes pour ouvrir le ventre. Une première application de l'opération d'Amussat a été ainsi faite en France par le professeur Duménil (de Rouen), chez une veuve de vingt-cinq ans, dont les urines, depuis six mois, étaient chargées de matières fécales, sans que l'urine fût jamais trouvée dans les déjections par l'anus. Des gaz s'échappaient aussi de l'urèthre avec bruit. Deux accouchements antérieurs et une fausse couche ayant été suivis de douleurs prolongées, avec coliques et vomissements, cette fistule fut attribuée à un phlegmon péri-utérin. L'utérus était en effet plus développé à gauche, et le toucher constatait de l'induration dans le cul-de-sac, sans rien de plus appréciable.

Des accès fébriles avec frissons et température à 39° durant vingt-quatre heures s'étant montrés, on jugea prudent d'intervenir et, le 13 février 1883, une incision, pratiquée à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, établit un anus contre nature sans complication notable. Une amélioration légère se manifesta, mais des matières fécales continuant à reparaître bientôt dans les urines, des accès fébriles en résultèrent. L'oblitération du bout inférieur de l'intestin fut dès lors tentée le 3 avril par une suture après avivement; mais, dès le lendemain, un frisson avec température à 40° et une rougeur érysipélateuse de la plaie marquaient le début d'une péritonite infectieuse qui amena la mort le 12 avril.

Devant ce résultat fatal, il n'y aurait pas à insister sur cette nouvelle opération qui, en somme, ne substitue jamais

qu'une infirmité à une autre. Fermer le bout inférieur comme Madelung, pour prévenir l'accumulation des matières, n'a guère plus de chances puisque ses deux opérées sont mortes. L'anus total et définitif de M. Verneuil n'est pas préférable, et il ne reste qu'à ouvrir le ventre, comme dans la taille hypogastrique, pour fermer directement la fistule, suivant la proposition radicale de M. Le Dentu.

Les souffrances et les complications dangereuses de la première ne peuvent même pas être plus redoutables que les conséquences possibles de la seconde et, quant à la vie, elle est aussi compatible avec l'une qu'avec l'autre. Des malades atteints de cette fistule ont vécu de dix-sept à trente ans, au maximum, et il est rare que l'on survive aussi longtemps à un anus artificiel. Les guérisons spontanées, obtenues à la longue, de la fistule vésico-intestinale, ne sont pas à espérer après l'opération. Aux 4 exemples cités par Blanquinque (Voy. *année* 1870), 2 nouveaux sont relatés et la guérison toute récente du docteur Harrison, en vidant régulièrement la vessie et la lavant ensuite, ne devrait autoriser la colotomie en pareil cas qu'après un emploi prolongé de ces moyens simples et sans nocuité. (Voy. *année* 1883.)

Ces réserves sont surtout indiquées devant la guérison spontanée, observée par M. Guéniot, chez une dame présentant des émissions intermittentes de gaz et de matières fécales par la vessie. Ayant remarqué que, dans un certain décubitus, la fistule semblait imperméable, les gaz ne passant pas, on utilisa cette donnée en faisant garder cette position d'une façon continue. En quelques mois, la guérison était définitive. Il faut donc bien examiner les parties malades et savoir attendre, avant de tenter aucune opération.

Il est vrai que la colotomie est employée communément avec succès pour arrêter le cours des matières fécales au-dessous de l'anus artificiel. 262 cas en ont été collectés par Van Erkelens avec un bon nombre de succès. Elle peut donc réussir également contre la fistule vésico-intestinale, s'est-on dit, et les chirurgiens anglais et allemands n'ont pas manqué de l'essayer bientôt contre elle. 12 cas en ont ainsi été relevés, après coup, par l'auteur français, pour justifier et légitimer son entreprise. Sur ces 13 cas, M. Duménil

compte 7 succès opératoires en y comprenant le sien. Mais, d'après ses propres indications, ces succès se bornent à une survie de six ans chez 2 opérés de Bryant; de cinq ans chez celui de Hakes, et de seize mois chez celui de Heath. Sauf ces 4 cas, tous les autres ne sont que des insuccès. Qu'est-ce qu'une survie de quinze mois chez l'opéré de Holmes, quand l'urine n'a cessé de contenir des matières fécales, et une de quatre mois après l'opération chez les 2 de Bryant, quand ces opérés sont morts des suites immédiates, comme celle de M. Duménil? Quelques semaines ou quelques jours de survie ne suffisent pas même à mériter le nom de succès opératoires, dès que le but de l'opération n'est pas complètement rempli. Autrement, c'est se payer de mots à l'usage exclusif des chirurgiens.

De guérison complète, radicale, absolue, par l'oblitération de l'intestin au-dessous de l'anus artificiel, il n'en existe pas un seul cas, quoique tentée par Ballance comme par M. Duménil. Il est si difficile de prévenir le passage de quelques matières dans le bout inférieur, dit Curling, qu'elle semble même impossible. L'oblitération n'est jamais complète; ce n'est qu'un rétrécissement. Il ne s'agit donc pas de discuter le procédé qui conviendrait le mieux pour rétablir ensuite la voie naturelle. (*Revue de chirurg.*, avril et octobre).

D'après cette expérience, peu de succès sont à attendre de cette nouvelle opération, par la difficulté de fixer préalablement le siège de la fistule. Si, sur 18 cas, elle était 9 fois sur le rectum et 4 fois sur l'S iliaque, d'après Blanquinque, elle s'est aussi rencontrée au-dessus. Et dans ces cas, elle est inapplicable par son inutilité. Elle n'aura donc jamais que des indications très restreintes pour les chirurgiens prudents.

**Fistules stercorales.** La *cautérisation de l'orifice externe avec le thermo-cautère*, instituée par le professeur Verneuil, il y a vingt ans, compte un nouveau succès. M. Fontaine a guéri son malade et, pour confirmer cette guérison, M. Nepveu en indique trois autres. C'est au moins une de trop, d'après M. Després qui a vu la fistule récidivée chez l'un des malades par la profondeur même de l'intestin. Simple et rationnel, ce procédé ne s'applique évidemment qu'à des cas bénins, de petites fistules. Si l'on ne peut en apercevoir l'orifice, en

siégeant par exemple à la partie postérieure du cæcum, il est inutile de cautériser.

D'où la distinction, faite par M. Berger, entre les fistules simplement stercorales et celles qui sont pyo-stercorales en succédant à un abcès ouvert à la fois dans l'intestin et au dehors. La multiplicité des orifices et la longueur des trajets dans celles-ci rendent toute intervention inutile, comme il en cite des exemples. La cautérisation n'est applicable qu'aux fistules stercorales simples et superficielles, ajoute M. Gillette. Les fistules profondes sont presque toujours multiples, sans que l'on puisse en distinguer les trajets fistuleux à l'inspection de l'orifice extérieur commun, auquel ils se réunissent. On cautérise souvent ainsi au hasard.

Si le trajet est court et le sujet sain, la cautérisation peut le guérir en supprimant le foyer purulent, répond M. Verneuil. Le feu transforme en plaie de bonne nature ces anfractuosités de l'abcès. On peut donc la tenter au hasard. Si les cas mortels sont nombreux, il y a aussi des guérisons. Il n'y a pas à craindre de réduire en fistule borgne la fistule complète de ces malades. (*Soc. de chir.*, 21 mai.)

*Purgatifs et opium.* Cette méthode, particulière au professeur Trélat, lui a donné un beau succès après plusieurs autres, chez une femme de cinquante-trois ans, entrée dans sa clinique le 2 juin pour une hernie droite étranglée. Le chef de clinique opère immédiatement et trouve la paroi intestinale gangrenée et un foyer fécal. Il incise et résèque largement, puis débride l'anneau et établit ainsi une ample fistule permanente.

A la fin du mois, un érythème très étendu, résultant du contact des matières, malgré un bain tous les deux jours, donnait un orifice du diamètre d'un crayon. On fit prendre alors une bouteille d'eau de sedlitz tous les cinq jours, et dans l'intervalle, on constipait avec de l'opium. Une grande amélioration succéda au premier purgatif, la guérison était imminente au second et fut complétée par un troisième le 30 juillet. Telle est la simplicité du traitement de l'occlusion. (*Soc. de chir.*, 30 juillet.)

*Excision de la valvule iléo-cæcale.* Les résultats des résec-

tions intestinales obtenues en Europe dans ces dernières années (Voy. HERNIES GANGRENÉES, 1883) ont été trouvés si encourageants aux Etats-Unis, que le docteur Porter l'a exécutée le 11 janvier dernier sur une femme de soixante-sept ans, entrée à l'hôpital général du Massachusetts pour une hernie étranglée à gauche. La kélotomie fut pratiquée et cette malheureuse, guérie aussi facilement, demanda à être débarrassée d'un anus contre nature à droite dont elle était affligée depuis trois ans. Il avait succédé à une kélotomie pratiquée de ce côté pour une hernie droite développée à huit ans. Le 12 septembre, les bords de cet anus furent rafraîchis et suturés avec des fils de soie, mais une fistule persista et, un abcès local s'étant formé avec frisson, fièvre et érysipèle, l'anus se rétablit complètement.

Sur la prière instante de cette malheureuse, qui préférait mourir que de quitter l'hôpital avec son infirmité, il fut procédé à l'opération suivante. Deux fistules fécales existaient, l'une à un pouce et demi de l'épine du pubis et l'autre à trois pouces au dehors, chacune à un pouce au-dessus du ligament de Poupart. Une bougie passée dans la supérieure et sortant par l'inférieure servit à diviser tout le tissu cicatriciel intermédiaire en mettant la cavité à nu. Le bord inférieur de l'anneau abdominal et le sac herniaire étaient également divisés. L'incision du sac prolongée en bas donna une ouverture de quatre pouces de long montrant deux ouvertures fistuleuses de l'intestin à un pouce l'une de l'autre. Leur réunion sur la sonde divisa l'artère épigastrique, liée aussitôt. L'exploration digitale de cette large ouverture montra qu'elle existait à l'union du cæcum et de l'iléon. L'index entrait dans le gros intestin, mais ne put pénétrer dans le petit, la contraction cicatricielle ayant envahi la valvule iléo-cæcale. Il fallut détacher celle-ci de ses adhérences par une dissection minutieuse qui nécessita la section des muscles de la paroi abdominale et de l'anneau externe dans une étendue de 4 pouces.

La résection devait donc comprendre l'appendice vermiforme et les extrémités du petit et du gros intestin. Cette résection fut jugée imprudente et, l'ouverture fistuleuse de l'intestin comprenant les quatre cinquièmes de son calibre, les bords de l'excision furent rapprochés transversalement,

mais celui d'en bas étant plus étendu que celui d'en haut, une section ovalaire de celui-ci permit de l'égaliser avec l'autre. Les deux bords de la plaie purent ainsi être réunis exactement et suturés avec des fils de soie. L'aiguille entrait à un demi-pouce de la plaie en comprenant le feuillet péritonéal, traversait le milieu de la paroi et sortait à un millimètre environ du bord, sans intéresser la muqueuse, en procédant dans un sens contraire sur la paroi opposée. Dix sutures furent ainsi pratiquées en mettant les deux séreuses en contact, tandis que les deux bords de la plaie étaient repliés dans l'intestin. La réduction faite et les extrémités de l'anneau étant réunies avec des fils d'argent dont les pointes furent coupées court, la plaie abdominale fut fermée; un tube de trois pouces de long ayant été inséré préalablement.

Malgré quelques vomissements, tout se passa dans les meilleures conditions, et cette femme quittait l'hôpital parfaitement guérie, le 6 février. (*Boston med. and surgical journal*, n° 20.)

**Fistules parotidiennes.** *Injections graisseuses.* Se fondant sur les expériences de Cl. Bernard pour la destruction totale des glandes intestinales, le docteur Mollière, en présence d'une petite fistule rebelle à l'autoplastie, chez une jeune fille qui la portait depuis son enfance, essaya l'injection graisseuse de préférence aux caustiques. Il injecta dès lors dans l'orifice avec une canule capillaire, un demi centimètre d'huile phéniquée. L'écoulement ne fut pas complètement tari par cette première tentative, mais en la renouvelant six semaines ensuite après dilatation de l'orifice, la sécrétion cessa et la fistule guérit, sans doute par l'atrophie même du tissu glandulaire qui la produisait. Les fistules salivaires du canal de Sténon, si rebelles aux efforts chirurgicaux, pourraient donc être traitées et guéries de même à l'exemple de Cl. Bernard chez les animaux. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

**FRACTURES.** *Suture osseuse dans les fractures de la rotule.* Le complément de ce qui a été dit en France à ce sujet se résume dans une revue critique du docteur Jalaguier. Sur 45 observations recueillies, il a trouvé 5 morts,

8 cas de suppuration et d'ankylose et 16 résultats imparfaits. (*Archiv. de méd.*, mars et avril.)

Une statistique plus nombreuse a été donnée par M. Diverneresse dans sa thèse inaugurale sur ce sujet : 88 cas avec 5 morts, 2 suppurations suivies d'amputation de la cuisse et 15 suppurations avec ankylose. (*Paris*, 1er février 1884.)

« Ces mauvais résultats me décident de suite, dit M. Gosselin, doyen et représentant actuel le plus autorisé de la chirurgie française. Je considère comme irrationnel et contre-indiqué un mode de traitement donnant de pareils résultats pour une maladie qui, bien traitée et avec la patience d'attendre l'amélioration que le temps amène inévitablement, ne donne jamais rien de semblable. » (*Idem*, août.)

**Fractures compliquées.** *Propreté absolue.* Tout en tenant compte des principes antiseptiques, M. Dennis, professeur de chirurgie à l'hôpital Bellevue de New-York, est surtout l'avocat de la propreté dans ces fractures. Il en montre les avantages par la statistique de 100 cas traités suivant ce principe sans un seul décès, en en défalquant bien entendu les morts de shock dans les quarante-huit heures après l'admission. Des 23 cas de fractures compliquées du crâne, il en exclut ainsi 6. Les 17 autres ont guéri, malgré 10 applications de trépan. De même de toutes les fractures compliquées de la cuisse malgré une amputation et des 58 de la jambe, il y a eu seulement 2 morts dans les quarante-huit heures. L'articulation du genou était ouverte dans 10 cas, et l'hémorrhagie fut parfois formidable, notamment dans un cas de fracture des deux os ; le sujet sortait du lit quatorze jours après. Sur 11 amputés primitivement, tous guérirent.

Des 12 cas de fractures du bras, tous guérirent, comme les 14 de l'avant-bras, sauf un, compliqué de brûlure, ayant déterminé une mort rapide; malgré 3 ouvertures de l'articulation du poignet et une du coude, ces 13 cas ont guéri. Les fractures de la mâchoire ont toutes guéri.

Trois conditions principales ont présidé à ce résultat obtenu dans trois hôpitaux différents : propreté absolue, réduction immédiate, drainage complet. A cet effet, le blessé est anesthésié, les parties savonnées et lavées sont débarrassées de tous les débris, les lambeaux et les esquilles ;

après irrigation phéniquée ou au sublimé, les fr
sont réduits sans violence avec résection des extrém
en est besoin. Les tendons sont divisés sous la pe
prévenir toute résistance et assurer le repos des r
sans aucun autre détail du listérisme. C'est dor
exemple qu'il n'est pas absolument nécessaire au s
que la propreté suffit, comme de grands chirurgiens
l'ont soutenu et démontré. (*Amer. med. associatio*

L'*intervention active du chirurgien*, pour régula
plaie et les fragments osseux au besoin, a été r
comme inutile ou superflue, depuis l'emploi de la r
antiseptique; le contraire résulte de deux fractur
pliquées du bas de la jambe, observées presque sir
ment par le professeur Le Fort, dans son service de
Beaujon, sur des individus de même âge et dans
ditions de santé analogues. Le premier, âgé de trei
ans, inspecteur de voitures, très robuste et vigour
jeté de son phaéton sur la chaussée, le 18 août. A l'
on constate, outre des contusions multiples sans
une fracture simple du tibia gauche, avec brisure
droit au tiers inférieur, dont le foyer ne communi
à l'extérieur. Pied très déjeté en dehors, tibia l
l'astragale perforant la peau sur dix centimètres d'
environ. La réduction, opérée par l'interne sans
laisse une plaie de cinq centimètres recouverte
d'un pansement phéniqué; immobilisation avec u
reil plâtré.

Malgré un mieux sensible le lendemain, des sym
généraux apparaissent dès le 20 : fièvre, sueurs, ict
sipèle bronzé de la plaie, vomissements; l'érysipèl
hissant tout le membre, ce blessé succomba le 23
état de septicémie aiguë qui détermina la putr
complète du cadavre six à huit heures après la mo

Un maçon de trente-un ans tombe d'un échaf
de 10 mètres de hauteur le 30 juillet. Apporté à l
deux heures après, il présente une plaie de 7 à 8 cent
de long, donnant passage à la malléole interne et un
du péroné, le pied formant en dehors un angle
droit avec la jambe. M. Le Fort agrandit la pla
l'anesthésie et résèque 6 à 8 centimètres de la n

externe. Un second fragment isolé de la malléole interne, provenant de l'éclatement ou de l'arrachement, est enlevé avec le davier et une contre-ouverture est faite sur la région tibio-tarsienne pour la résection du péroné; un pansement ouaté complète l'opération.

La température oscille de 38 à 39° les six jours suivants et, du délire se manifestant le 6 août, le bandage est enlevé; on débride la gaîne des péroniers, une attelle plâtrée soutient le pied en arrière et on lave simplement au vin aromatique.

Le délire cessant le 8, un nouveau pansement ouaté est réappliqué, qui reste en place sans incident jusqu'au 21, le blessé étant sous la tente. La plaie devenue en bon état, un troisième pansement ouaté, puis un quatrième, sont renouvelés, et le 28 octobre le blessé pouvait se lever et partir en convalescence à Vincennes le 7 novembre, en marchant avec une canne. (*Archiv. de méd.*, mars.)

L'enseignement de ces deux faits se déduit sans commentaire.

**Fractures de l'humérus.** *Paralysies consécutives du radial.* La fréquence de cette grave complication s'explique particulièrement ici par la disposition du nerf radial, contournant l'os du bras et s'appliquant plus ou moins immédiatement et alternativement sur ses trois faces dans son long trajet. Aussi, sur 39 cas de lésions nerveuses dans les fractures du membre supérieur, y compris la clavicule, Avezou, dans sa thèse de 1879 sur ce sujet, en signale 14 de l'humérus seul. C'est pourquoi elle accompagne souvent la fracture du corps de cet os par la contusion, la déchirure ou l'enclavement de ce nerf dans le foyer de la fracture. La paralysie qui suit alors, dit J.-L. Petit, est l'effet de la compression violente que les nerfs ont soufferte, dans la chute ou dans le coup, et celle qui arrive ensuite dépend des dépôts qui se font sur la route des nerfs. (*Maladies des os*, Paris, 1736.) C'était là une indication précise des paralysies primitives par contusion et celles consécutives produites par l'enclavement du nerf dans le cal ou les ossifications aberrantes des lambeaux périostiques. Il a fallu néanmoins plus d'un siècle pour que ce point fût élucidé, et c'est seulement en 1864 que, dans un cas de paralysie de ce genre,

[illegible] en [illegible] du [illegible] de [illegible] le [illegible] même [illegible] englobé [illegible]. D'où les [illegible] à leur ap- [illegible] dans le cas [illegible] du nerf, [illegible] les frag- [illegible] paralysie et, [illegible] la réunion [illegible] mauvaises [illegible] s'oppose à la [illegible] entraîne des [illegible] dangereuses, [illegible].

[illegible] des parties [illegible] un autre [illegible] la réunion des [illegible] de la fracture, pour [illegible] fragments, réséquer [illegible] pour que le membre re- [illegible].

[illegible] conséquences, [illegible] par le diagnostic [illegible] au moment même de [illegible] une thèse récente Paris, [illegible] cet enclave- [illegible] Mondan, chef de [illegible] observés dans [illegible] En voici le résumé.

[illegible]

[illegible] est apporté à la clinique, le [illegible] entraîné par la roue [illegible] Entre autres lésions, on [illegible] à 10 centimètres [illegible] crépitation si accusée que [illegible] une esquille isolée. Peu de [illegible] sur la main. Le membre

ɔilisé dans un appareil silicaté, et, en raison de
ɛral grave du blessé, l'état local n'est vérifié que
rs après. Il y a paralysie presque complète des
ı, sans autres mouvements des doigts que ceux
; des interosseux et des lombricaux. Anesthésie
ɜ du dos de la main et des doigts.
nvier, le bandage est coupé et permet de consta-
ıcture unique, un peu oblique, sans aucune trace
idation. Un petit fragment isolé et mobile est
ɛ et, par les mouvements exercés pour le sentir, le
plaint tout à coup de *fourmillements* et de *dou-*
*ɛsivement vives dans les doigts* par la pression de
as des deux fragments. L'expérience, renouvelée
uatre fois, produit les mêmes effets; d'où le chi-
ɔnclut que le nerf radial est interposé entre ces
qui le contusionnent en le pressant. Des mou-
.e' circumduction sont dès lors imprimés au frag-
ɔieur, en exerçant une légère extension pour déga-
don nerveux et le faire sortir du siège qu'il oc-
ès ces manœuvres courtes et peu douloureuses,
. désiré semble obtenu, car, la fracture étant exac-
ɔduite, on peut presser sur le coude, imprimer
s mouvements d'ascension au moignon de l'épaule
er, par l'absence de douleurs et de fourmillements
ɔeuves répétées, que le radial est dégagé, sans
inconvénient des muscles extenseurs du poignet
gts qu'il innerve puisse le confirmer.
lage est replacé et dès le lendemain on constate
ısibilité est revenue dans les doigts et sur le dos
ı. Des mouvements combinés ne produisent plus
llements ni les douleurs de la veille, sinon dans
, les chocs des extrémités osseuses, comme la
u-dessus du coude en détermine sur la face ex-
ɔras. Ces épreuves renouvelées les jours suivants
ɜs mêmes résultats de plus en plus accusés et, dès
r, les efforts d'extension de la main et des doigts
ıt quelques contractions dans la masse des radiaux
g supinateur avec mouvements des doigts. Ces
ons s'accentuent les jours suivants et, à la fin
la fracture était consolidée avec retour des mou-

C'est donc dans les *fourmillements et les vives douleurs* accusées par les manœuvres de réduction que l'on peut diagnostiquer l'interposition du radial entre les fragments et qu'il est possible de l'en dégager immédiatement par des mouvements de circumduction du fragment inférieur coïncidant avec une légère extension. Tel serait l'enseignement de cette observation unique.

L'interprétation de ce cas nouveau et intéressant est confirmée par le fait antérieur d'une pseudarthrose observée dans des conditions analogues sur un homme de trente ans. Pris dans une machine le 5 mars 1869, il s'était cassé le bras à la partie moyenne, avec plaie postérieurement, cicatrisée en trois à quatre jours. Un bandage contentif de l'humérus seul, n'immobilisant ni le coude ni l'épaule, avait été appliqué, et quarante jours après, la fracture ne se consolidant pas, on avait pratiqué le frottement des fragments. Une vive douleur locale résulta de ces manœuvres, avec fourmillements très marqués le long de l'avant-bras et de la main. Depuis lors, anesthésie de la région dorsale de l'avant-bras et paralysie des muscles innervés par le radial.

Le 25 juin, ce blessé arrive à l'Hôtel-Dieu pour sa pseudar hrose, avec les caractères précédents. M. Ollier constate les mouvements douloureux du coude surtout à la flexion. En comprimant un point situé postérieurement, à 10 centimètres au-dessus de la tubérosité externe, on provoque des douleurs exclusivement locales, comparées à des coups de couteau par le patient; elles ne s'irradient jamais ni vers l'épaule ni vers la main. A 3 centimètres au-dessus de ce point, siège de l'ancienne cicatrice, se rencontre le fragment inférieur faisant saillie en arrière et en dehors, tandis que la pointe du supérieur est reportée indistinctement en avant et en dedans. Une distance assez considérable les sépare et il est impossible de les faire choquer ensemble, une couche de parties molles semble interposée entre leurs extrémités. Celles-ci sont tuméfiées, surtout celle de l'inférieur, qui se trouve immédiatement sous la peau adhérant au niveau de la cicatrice. Paralysie complète de la peau et des muscles innervés par le radial.

Deux hypothèses pouvaient expliquer cette paralysie : ou le nerf avait été contusionné par les manœuvres anté-

rieures, ou bien il avait été accroché par l'un des fragments et se trouvait englobé dans le tissu intermédiaire. Pour s'éclairer, le chirurgien prit les deux fragments à pleines mains et les fit choquer brusquement l'un contre l'autre. Une douleur vive, s'irradiant vers la main, prouva que le nerf était emprisonné dans la fausse articulation. Dès lors la résection des fragments fut décidée et pratiquée le 2 juillet. L'incision d'une large couche musculaire, adhérente aux fragments, fut rendue plus délicate par la présence du nerf radial, qu'il fallut isoler et déjeter en dehors. Il avait été accroché et jeté un peu en avant par le fragment inférieur et se trouvait pour ainsi dire contenu entre les deux. Après leur résection et le détachement du périoste, l'affrontement des deux collerettes avec suture métallique eut lieu sans accidents.

Cinq jours après, l'opéré partait en convalescence à Long-Chêne. Un phlegmon du bras avec abcès multiples ouverts largement se manifestèrent quarante jours après, sans que la formation du cal en ait été entravée. Les fils métalliques sont enlevés le 10 septembre. Le bras était déjà solide par un cal volumineux. La paralysie a complètement disparu; il remue le poignet et soulève son bras. Tout allait pour le mieux, lorsque cet opéré contracta une variole dont il mourut. L'autopsie montra une consolidation osseuse périphérique, par ossification du sautoir périostique, avec un peu de tissu médullaire fibreux non encore ossifié, le radial étant à sa place normale.

L'enseignement nouveau qui se dégage de ce long mémoire est donc la possibilité du diagnostic de l'enclavement du radial entre les fragments, avec les moyens de le libérer aussitôt pour prévenir la paralysie, la pseudarthrose, et les graves opérations qu'elles peuvent entraîner. (*Revue de chir.*, mars.)

**Fractures du radius.** *Ostéotomie.* La consolidation vicieuse ou l'incarcération du nerf médian dans le cal exige assez souvent l'intervention chirurgicale pour remédier à la gêne des mouvements en résultant. Trois observations de M. Bouilly démontrent que l'ostéotomie est ici préférable à l'ostéoclasie usitée sur les membres inférieurs. Dans deux cas où il procéda avec la gouge et le maillet pour régulari-

ser le cal et libérer le nerf, une guérison parfaite en fut la conséquence par le rétablissement complet et régulier des mouvements. En appliquant l'ostéoclaste de Collin dans le troisième, garçon de vingt ans, la fracture ne put être produite qu'avec une pression de 120 kilogrammes et une brusque secousse. Des douleurs intolérables et des accidents phlegmoneux s'ensuivirent et, malgré une correction immédiate satisfaisante, sans déformation, le résultat fonctionnel resta incomplet. C'est un insuccès; l'ostéotomie est donc la méthode de choix. Elle est supérieure à l'ostéoclasie instrumentale et même à la rugination. L'ostéoclasie manuelle est seule applicable chez les enfants, quand on ne peut faire autrement. (*Soc. de chir.*, mai). Voy. OSTÉOCLASIE.

**Fractures du tiers inférieur de la cuisse.** La *position du membre dans l'abduction*, indiquée dès 1869 par le docteur Delthil, lui a donné depuis trois nouveaux succès avec une guérison parfaite et sans raccourcissement du membre. Frappé de la difficulté de maintenir les fragments en rapport dans ces fractures, M. Nicaise a eu recours aussi à ce procédé avec avantage et M. Delore (de Lyon) en a obtenu des résultats semblables en plaçant le membre dans l'élévation avec un appareil inamovible. (*Congrès de Blois*, août.)

# G

**GANGLIONS.** L'*excision de ceux du cou*, en dégénérescence tuberculeuse, a été beaucoup préconisée dans ces dernières années, comme ceux de tous les foyers tuberculeux externes, pour prévenir l'infection générale. Un exemple fatal, présenté par le docteur Poulet, a provoqué une discussion critique montrant que peu d'anciens chirurgiens sont de cet avis. Le professeur Trélat est seul en sa faveur et relate trois exemples de grosses masses ganglionnaires enlevées par lui avec la curette et le grattage; méthode d'exérèse aussi régulière, efficace et complète en pareil cas que celle du bistouri. Les adénites tuberculeuses en sont seules justiciables, à l'exclusion des adénites simples, idio-

thiques ou symptomatiques, des lympho-sarcomes, etc. Malheureusement le diagnostic différentiel est très diffi-e, impossible même assez souvent. Mais cette dégénéres-nce est si fréquente que, huit fois sur dix, il s'agit plutôt ganglions tuberculeux que d'hypertrophie simple. D'où nombreuses opérations faites dans ce cas par les jeunes irurgiens dans ces dernières années.

C'est là pour M. Verneuil une méthode aveugle et infidèle. es lésions de la dégénérescence tuberculeuse sont toujours us étendues et plus profondes qu'elles ne paraissent. n'y a pas encore de bonne méthode chirurgicale pour s tuberculisations locales et c'est aux chirurgiens qui les lèvent par le grattage à n'apporter leurs résultats qu'après lusieurs mois d'attente. D'autre part, M. Le Fort a vu des gorgements ganglionnaires du cou, chez de jeunes mili-ires, céder à la suite d'un traitement médical bien conduit, le rapporteur, M. Chauvel, conclut qu'en principe, il vaut ieux s'abstenir et user de toutes les ressources de la thé-peutique médicale. Il n'est pas suffisamment prouvé que tuberculisation des ganglions soit le premier stade de nfection, ni que l'économie n'est pas déjà infectée quand adénopathie se développe. Dans les deux cas, l'opéra-on peut être inutile et même nuisible, en faisant courir à opéré le risque de l'auto-inoculation. L'excision préma-rée des ganglions du cou doit donc être rejetée. (*Soc. de irurg.*, 20 février.)

**Ganglions péri-trachéo-laryngiens.** En dehors des gros nglions bronchiques, les anatomistes signalent deux aînes de glandes lymphatiques placées sur chaque côté la trachée, suivant le trajet des nerfs récurrents. C'est ut ce que l'on en savait. Le docteur Gouguenheim, aidé son interne, en a découvert, par des dissections minu-uses, trois groupes distincts placés depuis la bifurcation la trachée inférieurement, au-dessus de l'origine de la nche, jusqu'à l'angle formé supérieurement par l'œso-age en arrière, la trachée et la partie inférieure du ynx en dedans avec le lobe correspondant du corps roïde en avant.

Enveloppés dans le tissu cellulaire très lâche qui les are de la colonne vertébrale, ces ganglions, agglomérés

à la partie inférieure, deviennent plus rares et plus petits en s'élevant, au point d'être parfois imperceptibles et même de manquer totalement. Le groupe inférieur, constant, en compte 5 à 8 de chaque côté, dont le volume varie depuis un pois jusqu'à une noisette. Chez les tuberculeux en particulier, on les rencontre hypertrophiés, du volume d'une olive et même d'une noix, formant une tumeur lobulée, comme des figures en déposent.

Le groupe moyen en compte seulement 2 à 5 isolés, espacés, parfois un seul qui peut même être absent. Leur volume normal varie d'un grain de chènevis à un petit pois, acquérant à peine celui d'un noyau de cerise lorsqu'ils sont rouges et hypertrophiés. Ce sont les moins importants.

Ceux du groupe supérieur, empiétant antérieurement sur la trachée, se réduisent à 2 ou 3, gros à peine comme un pois; mais leurs rapports avec le nerf récurrent qu'ils entourent leur donnent une grande importance pathologique. Ils jouent dans les troubles respiratoires d'ordre laryngé un rôle plus considérable que les ganglions bronchiques. Sous l'influence pathologique, ils atteignent la grosseur d'un noyau de cerise et jusqu'à une olive. Une grosseur d'une noix résulte ainsi de leur réunion, et leur accolement au récurrent en fait une affection des plus graves, entraînant la mort des tuberculeux par la paralysie ou le spasme. Il faut donc chercher à agir topiquement sur ces ganglions, dans les troubles laryngiens, vocaux ou respiratoires, pouvant s'y rapporter. (*Acad. de méd.*, février, et *Ann. des malad. du larynx*, mars.)

**GANGRÈNE SPONTANÉE.** *Thermo-cautère* ou *bains d'oxygène.* A la suite d'une section trop profonde d'un cor, un diabétique alcoolique est atteint de gangrène du gros orteil. Celui-ci est amputé par le docteur Bessette et la gangrène s'arrête momentanément pour envahir bientôt le pied; elle nécessite l'ablation du quatrième orteil et ensuite l'opération de Chopart.

L'usage du thermo-cautère dans ces différentes opérations a amené une guérison complète, tandis que le bistouri ne donne en pareil cas, suivant MM. Verneuil et Demons, que de mauvais résultats. Il ne limite pas aussi sûrement

marche progressive et envahissante de la gangrène. )uant aux bains d'oxygène vantés comme curatifs, et : le chirurgien n'a pas sous la main, ils ne calment pas douleurs et ne s'opposent pas à la marche du mal. ıs un cas de double gangrène des membres inférieurs oblitération artérielle, le professeur Potain fit placer ı dans un ballon d'oxygène en enveloppant l'autre de .te. Le malade succomba et la gangrène fut trouvée s étendue sur le premier membre que sur le second. te épreuve comparative est donc concluante. (*Congrès de is pour l'avancement des sciences.*)

**iangrène des membres inférieurs.** *Artérite.* Ce dia- ›stic fait par M. Després lui a évité une erreur assez nmune qui pousse le chirurgien à pratiquer immédiate- nt l'amputation de la cuisse. Trois insuccès par ce yen l'ont conduit avant tout à en rechercher la cause à combattre l'artérite, quand des signes en existent, en pposant à la coagulation du sang dans l'artère princi- .e. En voici deux exemples :

Jn homme de soixante ans, dont le pied droit présen- t les signes de la gangrène dite sénile, avait des pla- es gangréneuses à la face externe du gros orteil, à la lpe du deuxième et à la face interne du cinquième. ırtère poplitée ne battait plus, elle était dure ; l'artère norale battait faiblement, elle était également dure. La npérature du pied malade était plus basse que celle du ›d gauche. Des vésicatoires furent appliqués sur le trajet l'artère fémorale et, quatre mois après, le malade finit r guérir : il avait perdu complètement le deuxième or- l et la pulpe du cinquième. Il était guéri d'une gan- ène par artérite avec coagulation du sang dans les vais- aux.

Le deuxième cas est aussi un exemple de gangrène sèche ır artérite qui guérit avec les vésicatoires et après la perte ı gros et du petit orteil.

M. Després pense que la révulsion énergique appliquée ır le trajet de l'artère contribue beaucoup à faciliter la ıérison. (*Gaz. des hôpitaux*, page 411.)

La *symétrie* dans les deux membres indique au contraire

une origine névritique dont un exemple a été observé par le professeur Pitres chez une jeune femme atteinte d'hydropisie ventriculaire et de périencéphalite chronique. A l'autopsie, le cœur était normal : les artères et les veines des membres inférieurs étaient absolument saines au-dessus des parties sphacélées; seuls, la moelle et les nerfs des membres inférieurs présentaient des altérations. Une sclérose diffuse légère de la moelle occupait les deux cordons antéro-latéraux et les 4/5 antérieurs des cordons postérieurs. Tous les fragments des nerfs du tiers inférieur des deux jambes étaient profondément altérés; il n'existait plus une seule fibre nerveuse saine, étant formés de gaines vides et de masses de myéline isolées ou de leucocytes gorgés de gouttelettes de myéline. Ganglions rachidiens normaux. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.)

*Bandages trop serrés.* Voy. CHIRURGIE.

**Gangrène** *dans la néphrite.* Voy. ce mot.

**GOITRE.** Son endémicité est prouvée une fois de plus à Kohane, ville du Turkestan, où la plupart des habitants sont atteints de goitre ou de crétinisme. Le docteur Chapus a été frappé par cette apparence de tous les degrés du goitre, depuis le plus léger gonflement aux plus énormes tumeurs thyroïdes. Et le plus étonnant, c'est qu'en dehors de cette ville, le goitre et le crétinisme sont très rares dans les environs.

Les conditions hygiéniques de Kohane paraissent des plus satisfaisantes. Elle est située dans une plaine sur une élévation de 1,300 pieds et est abondamment pourvue d'eau pure venant de la montagne. Occupée en 1879, elle dut être évacuée par les troupes russes, car on s'aperçut bientôt que le dixième des soldats de la garnison était atteint de goitre après quelques mois de séjour. Les tumeurs s'amendèrent facilement par l'usage externe de l'iode et des injections sous-cutanées. Néanmoins, on jugea prudent de changer la garnison de ce lieu d'un intérêt pathologique si grand, en choisissant la capitale politique de la province pour sa résidence.

Trois formes différentes en sont distinguées par le doc-

teur Morell Mackensie, avec les moyens thérapeutiques qui leur conviennent plus spécialement. En voici le résumé :

**Goitre adénoïde.** Pas de traitement local, l'iode à l'intérieur : 35 centigrammes trois fois par jour amènent souvent une guérison rapide. Les ferrugineux conviennent chez les jeunes filles faibles. Un petit vésicatoire deux fois par semaine de chaque côté du cou, alternativement avec la liqueur épispastique, réussit également. L'électricité peut être essayée ensuite.

**Goitre fibreux.** Injections d'iode, sétons ensuite ou flèches caustiques.

**Goitre kystique.** Injections de perchlorure de fer, avec 3 à 6 grammes d'une solution à 25 pour 100, après évacuation préalable du liquide. L'entrée de l'air pouvant être mortelle, une seringue spéciale, se terminant par un tube effilé, recourbé à angle droit, est nécessaire. On laisse la canule en place avec la baguette qui la bouche, et on ne la retire que soixante-douze heures après en vidant le kyste. Une seule injection suffit en général ; mais si le liquide s'écoule trop rapidement, s'il est mélangé de beaucoup de sang ou très albumineux, il faut la renouveler jusqu'à inflammation du kyste sur lequel des cataplasmes restent appliqués jusqu'à la cessation de la suppuration. (*Ann. des malad. du larynx*, n° 5.)

*Séton.* Si l'excision, par les brillants succès obtenus dans ces dernières années, est devenue presque exclusive et beaucoup moins dangereuse à la faveur des moyens antiseptiques, les chirurgiens ne doivent pas oublier, pour retenir leur main, que la mort en est encore trop souvent la conséquence et que la guérison même entraîne parfois des accidents consécutifs assez graves. (Voy. *année* 1883.) Deux cas de bronchocèle s'étant présentés à l'hôpital de *King's College*, M. H. Smith crut ainsi devoir essayer préalablement le séton. Le premier existait chez un sergent de ville, très bien constitué, de quarante-trois ans, qui en souffrait depuis treize ans. Son volume, intéressant surtout le lobe droit, déjetait le larynx à droite loin de la ligne mé-

diane et donnait 19 pouces de diamètre au cou. De la toux avec dyspnée par l'exercice et une faiblesse générale l'empêchant de continuer sa profession, il se présenta à *London hospital* où on lui proposa d'enlever la tumeur, ce qu'il refusa. M. Smith pratiqua une ponction qui donna issue à une grande quantité de sang et une aiguille, armée d'un fil double, traversa ensuite toute la tumeur. Un écoulement purulent abondant s'ensuivit avec fièvre qui obligea d'enlever le séton. Un drain fut placé dans l'une des ouvertures et la tumeur diminua si rapidement que le cou mesurait seulement 15 pouces et demi lors de la présentation du malade à l'amphithéâtre.

Le second existait chez une femme de soixante-huit ans qui en souffrait depuis seize ans, avec dyspnée considérable par un volume supérieur au précédent. Au lieu de l'excision chez cette femme âgée et mal portante, un séton fut passé et resta six semaines en place par le peu d'irritation en résultant. L'écoulement continua ensuite et diminua graduellement la tumeur, au point qu'il n'y en avait plus trace lors de la présentation. C'est donc là un procédé à prendre en considération dans les cas analogues. (*Lancet*, 5 janvier.)

Il y a d'autant plus de réserves à garder contre la thyroïdectomie d'emblée, quand elle n'est pas absolument commandée par des accidents compromettant l'existence, que la mort en est parfois le résultat immédiat. Une dyspnée mortelle vient en effet d'être signalée comme une de ses conséquences les plus redoutables, avec ou sans lésion des nerfs récurrents. Voy. THYROÏDECTOMIE.

*Injections d'ergotine.* Basé sur les propriétés physiologiques de l'ergotine, M. Bauwens recommande dans le traitement du goitre l'emploi de cette substance, soit prise à l'intérieur, soit en injections parenchymateuses. Réservant le traitement iodé pour les goitres endémiques et scrofuleux, l'ergotine est utile dans toutes les autres espèces. Dans les goitres kystiques, l'ergotine agit comme la teinture d'iode, par action mécanique, en provoquant une inflammation suppurative.

On fait tous les trois ou quatre jours une injection d'un ou deux grammes de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Ergotine..... | 3 grammes. |
| Eau distillée..... | *ad* 7 grammes. |
| Glycérine..... | |

M. S. A.

Ce mode de traitement compte huit succès dans huit cas. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique,* 1884, p. 262.)

**Goitre malin.** Les signes en sont, d'après M. Le Dentu, s douleurs irradiées; mais l'établissement rapide d'adhénces de la tumeur, aussi bien avec la peau qu'avec les rties profondes, serait bien plus concluant, selon M. Verneil. (*Soc. de chir.*, 19 novembre.) Les pièces à l'appui en t été recueillies par M. Métaxas à l'autopsie d'une femme orte sans être opérée. De dimensions énormes, la tueur s'était développée dans le lobe gauche de la thyide, aplatissant et refoulant le larynx au point que l'on vait en chercher le relief sous l'oreille droite. Malgré la achéotomie ou plus exactement et mieux la laryngomie, pratiquée par nécessité et qui prolongea seulement vie de quelques jours, on constata que la tumeur adhéit intimement à la peau, dégénérée dans une certaine endue, et que les nerfs récurrents et les gros vaisseaux r trouvaient étroitement accolés. D'où l'abstention opétoire de la plupart des chirurgiens français en pareil s. Pour enlever la tumeur, il faudrait réséquer avec les currents et les pneumo-gastriques, partie des carotides, es jugulaires et du sympathique, s'écrie M. Verneuil, et exposer ensuite à la dyspnée et au myxœdème consécufs, c'est-à-dire la mort à court terme, sinon sous le couau. (*Soc. anatom.*, 7 novembre.)

**GROSSESSE.** *Diagnostic avant les signes fœtaux.* Les gnes rationnels offerts par la femme enceinte ne donant que de vagues présomptions de son état, et les moifications imprimées au col utérin pouvant être simues par la métrite, la congestion cataméniale et autres onditions diverses, le docteur Loviot admet que des maipulations combinées du corps même de l'utérus peuvent éceler la grossesse plus sûrement du deuxième au troième mois, tandis que les signes fœtaux ne sont apprénables que de la 16e à la 18e semaine. En percevant ainsi

avec la main droite au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur arrondie, dépressible, élastique, tandis que l'index gauche trouve le segment inférieur déprimé et élargi au-dessus des proportions du col et formant une sorte de bourrelet ou d'anneau, un collier caractéristique autour de celui-ci, la grossesse est probable, presque certaine, car le caractère de l'utérus gravide est de former un corps mou et élastique donnant à la pression du doigt la sensation d'une balle de caoutchouc. Cette consistance est appréciable par le vagin dans tous les sens, sans que le doigt détermine de la douleur. Aucune condition morbide ne peut se confondre avec cette sensation spéciale. Il s'agit donc là d'un signe mécanique et positif. (*Arch. de tocol.*, 1883.)

*Danger du salicylate de soude.* Son action ménorrhagique, signalée par M. Bucquoy, a été confirmée par plusieurs observations rapportées dans la thèse inaugurale du docteur Balette (*Paris,* 1883). Des congestions utérines sont résultées de son emploi contre des manifestations rhumatismales. Une femme de couleur, enceinte de quatre mois, souffrant d'un rhumatisme goutteux, fut soumise par le docteur Mulhane à l'usage du salicylate de soude à haute dose. Dès le quatrième jour, une métrorrhagie se montra sous l'apparence du flux menstruel. Il réussit d'ailleurs chez les femmes dont l'écoulement des règles est rendu difficile par la congestion de l'appareil utéro-ovarien. (*Med. Record*, 29 mars.)

Sabatowski a aussi montré que ce sel soulageait très efficacement les douleurs de la dysménorrhée arthritique. Mais il serait dangereux d'y recourir dans l'arthrite de la grossesse qui peut être prise pour un rhumatisme ordinaire. Son action ocytocique, comme celle du sulfate de quinine, en exclut l'usage durant la grossesse.

*Vomissements.* Les inhalations d'oxygène à la dose de 5 à 6 litres par jour sont un des moyens les plus simples et faciles à employer contre cet accident fréquent. Huit observations bien authentiques, recueillies par différents accoucheurs des hôpitaux, témoignent de ses bons effets, non seulement contre les troubles digestifs et la céphalalgie en

résultant, mais contre les vomissements incoercibles. Qu'il agisse en surexcitant toutes les fonctions ou en affaiblissant l'action réflexe, ce moyen mérite d'être essayé en pareil cas, en raison de son innocuité. (*Ann. de gynécol.*, mai.)

Ces inhalations se sont montrées très efficaces chez une malade du docteur Mayor. Six litres d'oxygène ont suffi pour faire cesser les vomissements dès le lendemain avec la céphalalgie et rétablir l'appétit.

Une interruption fortuite de deux jours fit reparaître aussitôt les accidents. Elles furent continuées ensuite pendant deux mois. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

Réuni au fait analogue déjà observé par le docteur Duchard, ce résultat permet de recourir à ce moyen contre les différents troubles digestifs des femmes enceintes.

*Arthrite.* Elle se distingue par des caractères spéciaux. Mono-articulaire, sans douleurs locales, lors même qu'elle envahit deux articulations, elle résiste aux médications les plus énergiques, même au salicylate, et n'est presque jamais suivie de suppuration ni d'ankylose tout en durant des mois entiers. L'accouchement au contraire y met ordinairement fin; c'en est le meilleur remède.

C'est donc à tort qu'elle est confondue avec le rhumatisme, la scrofule ou les arthropathies blennorrhagiques. La guérison rapide et spontanée après l'accouchement montre qu'elle dépend essentiellement de la grossesse. D'où son pronostic bénin et le traitement calmant qu'il convient d'y opposer, suivant le docteur A. F. Mercier. (*Thèse de Paris*, 1883.)

*Influence de la tuberculose sur l'avortement.* Elle serait presque aussi fatale que la syphilis, d'après la pratique rurale du docteur Fiessinger (de Thaon). Ce sujet a été peu étudié et le dernier *Traité d'accouchements* de Charpentier, en en citant quelques cas, la donne comme peu marquée. Or, en ajoutant ces statistiques à la sienne, l'auteur trouve l'énorme proportion de 23 avortements sur 100 grossesses de femmes phtisiques; 58 pour 100 des enfants nés vivants ne dépassent pas sept ans, la plupart des autres restant scrofuleux. (*Revue méd. de l'Est.*)

**Grossesse extra-utérine.** *Laparotomie.* L'ouverture du ventre pour l'extraction du produit de la conception extra-utérine n'est plus un fait précisément nouveau; Depaul l'a tentée plusieurs fois, toujours avec insuccès. Deux brillants succès, obtenus à l'hôpital Tenon par M. Lucas Championnière, à deux mois d'intervalle, méritent donc d'être signalés pour encourager les chirurgiens à tenter cette opération dans les mêmes conditions.

I. Femme de trente et un ans, mère de deux enfants, arrivant de la province, au quinzième mois d'une grossesse extra-utérine. Altération profonde de la santé depuis quelques semaines avec fièvre intense, 40° de température et accidents graves. Opération le 6 juin 1883 avec large ouverture du péritoine montrant l'adhérence incomplète du kyste. Son incision découvrit un enfant mâle à terme nageant dans 5 à 6 litres de pus. Après l'extraction, les bords du kyste furent suturés aux parois abdominales, avec un gros drain placé à l'intérieur. Guérison rapide et sans accidents, la température ne s'étant pas élevée au-dessus de 39°. Fistulette insignifiante consécutive n'empêchant pas de se livrer à ses occupations; menstruation régulière.

II. Primipare de trente-neuf ans, parisienne, dont la grossesse remontait à vingt-six mois. Après onze mois passés à la clinique d'accouchements pour divers accidents, elle se présente à l'hôpital Tenon dans l'état le plus misérable: fièvre intense, température à 39°. Même opération que précédemment, le 3 août suivant, découvrant encore un kyste peu adhérent, mais sans aucun liquide à l'intérieur. La peau du fœtus, enfant mâle de 39 centimètres de long, était absolument adhérente à la paroi et il fallut en détacher le crâne par débris, y laisser des lambeaux de la peau du dos, des bras, des mains; le pied droit et la jambe gauche durent même être abandonnés et ne se détachèrent que plus tard en se mortifiant.

Pour fixer le kyste, dont la paroi antérieure manquait, il fallut suturer le corps même de l'utérus qui la remplaçait par trois points à la paroi abdominale. Un gros drain fut placé et, dès le mois de décembre, cette femme se promenait et était réglée, n'ayant jamais présenté une température de plus de 38°2. Une sorte de cicatrice ombilicale

légèrement ulcérée représentait tous les restes de cette opération laborieuse.

Les soins antiseptiques les plus complets et un drainage très large paraissent être les principales conditions de ces suites favorables et c'est sans doute en n'y recourant pas que la plupart des cas antérieurs se sont terminés fatalement. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

*Adhérences et résection de l'intestin.* Cette grave complication s'est rencontrée chez une femme de vingt-huit ans, admise à l'Infirmerie royale d'Édimbourg le 10 mai 1883, avec tous les symptômes d'une infection septique due à la rétention du produit d'une grossesse extra-utérine. Réglée pour la dernière fois en octobre 1882, elle avait grossi ensuite avec nausées et vomissements le matin, écoulement laiteux des seins et mouvements actifs en avril 1883. A l'examen, péritonite étendue et tumeur à droite de la partie inférieure de l'abdomen se projetant en bas dans le fond du bassin. Diarrhée, mauvaise haleine, œdème de la jambe gauche, fièvre la nuit.

Après huit jours d'observation, aucun fragment osseux n'apparaissant dans les selles, malgré la présence du sang et du pus, l'abdomen fut ouvert par M. Macdonald. Il trouva une anse d'intestin grêle, malade et fragile, qui passait sur le kyste et versait dans sa cavité des matières fécales. Elle fut ainsi lésée gravement en enlevant les os et il fallut réséquer six pouces du petit intestin. Une suture continue avec le catgut en réunit les deux extrémités, sans comprendre la muqueuse rapprochée étroitement. L'anse réduite, l'ouverture du mésentère fut suturée, de même que les bords d'une autre petite fistule fécale communiquant avec la cavité péritonéale. Malgré un saignement abondant de la section de l'intestin, la suture des bords et le serrement du fil l'arrêtèrent complètement. L'abdomen et la cavité fœtale qui s'étendait profondément en arrière furent épongés soigneusement, en plaçant un drain en gutta percha à la partie inférieure de la plaie et le fond du sac fœtal.

Les premiers jours, l'état fut des plus graves par l'écoulement abondant, mêlé de matières fécales, par le drain. En se rétablissant, les selles amenèrent de l'amélioration

et le drain put être enlevé le treizième jour. La convalescence s'établit bientôt, et l'opérée quitta l'hôpital complètement guérie avec un utérus mobile, le 7 janvier. (*Lancet*, 9 février.)

*Élytrotomie.* Elle a réussi dans un cas de variété abdominale, chez une tripare de trente et un ans dont la grossesse, en novembre 1882, différa des précédentes par de vives douleurs du ventre l'empêchant de vaquer à ses occupations pour rester couchée. A terme, les douleurs très atténuées se manifestent et cessent sans accouchement. Les seins grossissent, malgré la tumeur abdominale qui permet de préciser le diagnostic. Elle reste stationnaire pendant deux mois et s'accroît rapidement ensuite, au point de doubler de volume, par l'accumulation abondante du liquide à l'intérieur du sac. Des douleurs se déclarent avec troubles de la miction et de la défécation résultant de la saillie de la tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Le professeur Tarnier consulté conseille de débarrasser la femme par la voie vaginale et c'est en incisant sans aucune difficulté sur cette partie saillante que le docteur Pinard put extraire facilement le fœtus. Les adhérences très intimes et étendues du placenta à la partie interne obligèrent de le laisser à demeure. Des injections avec une solution de sublimé au 2000e, répétées toutes les deux heures pendant dix-huit jours consécutifs, permirent seules son détachement et son expulsion spontanés, sans aucun symptôme d'intoxication putride ni mercurielle. Un mois après cette opération, la guérison était complète avec la seule trace d'une cicatrice rouge et allongée sur la paroi interne du vagin.

Ce succès est remarquable par tous les points signalés autant que par son extrême rareté. Un seul fait analogue a pu être rencontré en Angleterre en 1877. C'est donc une véritable nouveauté. (*Acad. de méd.*, 19 février.)

Un succès bien plus rare, sinon unique, en a été obtenu par le docteur Mathieson (d'Ontario), chez une multipare de trente ans. Les règles, peu abondantes depuis deux mois, cessèrent en décembre avec apparition de douleurs abdominales. Un mois après, il y avait une grosseur en bas de la région inguinale gauche. Au mois de mars suivant, la

meur s'élevait au niveau de l'ombilic, remplissant la ré-
on vaginale gauche en s'étendant à deux pouces à droite
la ligne blanche. L'utérus, légèrement à droite au-devant
la tumeur, était vide et la sonde y pénétrait jusqu'à trois
ices et demi. Résistante au toucher avec une sensation
gelée se déplaçant, cette tumeur était le siège de dou-
rs passagères et rendait la miction difficile et les selles
égulières. Elle continua d'augmenter et des mouvements
aux devinrent de plus en plus forts ainsi que les dou-
rs, déterminant de véritables attaques fébriles tous les
nze jours environ pendant les mois d'avril, mai et juin.
; douleurs allant chaque fois en augmentant et la tumeur
venant plus saillante dans le vagin, l'élytrotomie fut
cidée et exécutée durant un accès, le 28 juin. La femme
usa d'être anesthésiée et l'incision fut pratiquée avec un
touri et agrandie avec l'ongle métallique. La face d'un
'ant se présenta et son extraction au forceps s'opéra faci-
nent. Il était asphyxié, mais respira bientôt. Le placenta,
uvé à la partie postérieure gauche du sac, fut aisément
taché, une éponge imbibée de perchlorure de fer fut
roduite à sa place et arrêta l'écoulement du sang. Des
llots furent extraits et aucune autre complication ne se
ésenta. L'enfant pesait 8 livres 1/2 environ et paraissait
erme. Le placenta avait trois lobes. Des lavages antisep-
ques du kyste amenèrent sa fermeture en trois mois et,
lgré des douleurs persistantes pendant deux ans, cette
nme, vue en août 1883, jouissait d'une bonne santé, régu-
rement réglée, et son enfant était le plus gros de la
nille. (*Med. Times*, mai.)

# H

**HÉMATOCÈLE**. Voy. ACCOUCHEMENTS.

**HÉMOGLOBINURIE**. Deux cas, relatés par le docteur
rrot de Reims, paraissent de nature à éclairer l'étiologie
cette manifestation morbide encore si obscure par la
se qui lui est attribuée et les objections qui y sont faites.

Le premier, homme de trente-deux ans, phtisique et syphilitique, rendait de l'urine brunâtre dès qu'il s'exposait au froid ou à la fatigue. Avant l'accès, toujours fébrile, l'urine était claire et sans albumine; après, au contraire, elle contenait de l'albumine sans globules sanguins. Deux ans après, l'hémoglobinurie disparut, mais l'urine devint albumineuse et le malade succomba à la tuberculose.

Le second était un homme de trente-cinq ans, ayant eu quatre accès seulement d'urine caractéristique et devenant albumineuse ensuite. Elle contenait aussi de l'urobiline et l'auteur croit que ces acides biliaires étaient la cause de la présence du sang par la dissolution des globules.

La rareté de l'ictère, en pareil cas, est une contradiction à cette hypothèse, selon M. Hayem. Une autre objection est dans le fait que, pour s'échapper du sang, l'hémoglobine doit exister en très grande quantité dans le sérum. Il a cherché ainsi par quelques expériences à la rendre libre en injectant de l'eau dans le sang et il a trouvé que la quantité d'eau nécessaire à injecter pour que l'hémoglobinurie transitoire se produise était équivalente à la moitié de la masse du sang de l'animal. Le sérum du sang, dans les cas d'hémoglobinurie, est à peine plus coloré qu'à l'état normal et le plasma contient presque autant d'hémoglobine qu'en santé. D'où cette probabilité pour lui, que, dans cette affection, l'hémoglobine est altérée et agit comme si l'on introduisait dans le sang celui d'un animal d'une autre espèce; expérience dans laquelle l'hémoglobinurie se produirait immédiatement. (*Congrès de Blois pour l'avancement des sciences.*)

**HÉMORRHAGIES.** *Etiologie.* Elles sont trop facilement attribuées à l'hémophilie, suivant le professeur Verneuil, dès que la véritable cause en est obscure et cachée. Une affection organique vient ordinairement en découvrir la source. Tel l'exemple d'un homme qui, sortant de l'hôpital pour des hémorrhagies répétées, dont on n'avait trouvé la raison que dans la diathèse hémophilique, rentrait bientôt dans la clinique avec une énorme tumeur de la rate d'une nature incertaine. De même des pertes utérines incessantes d'une femme vigoureuse de quarante ans. Examinée par divers médecins, ainsi que son sang et ses urines, elle

ait taxée d'hémophilie, lorsqu'on constata la présence d'un stéo-sarcome du bassin, développé très rapidement et qui nporta cette malheureuse en huit mois. Quand on est duit à invoquer une cause si générale par la pâleur même l'apparence diathésique des malades, il faut faire ses serves en pensant à une affection organique cachée. Il ut toujours la chercher, au lieu de s'en tenir à l'hémoilie essentielle, rendue de plus en plus rare par ces découertes. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, juillet.)

L'*ulcération de l'artère innominée*, déterminant une émorrhagie mortelle douze jours après la trachéotomie ratiquée par le docteur d'Heilly sur un enfant, doit être ignalée à cause de son extrême rareté. Deux exemples emblables en sont relatés par M. Howse dans les *Reports* le l'hôpital Guy de 1875. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 avril.)

L'*épistaxis idiopathique*, survenant en bonne santé, est lans le même cas. En dehors des affections des reins, du cœur, et des maladies fébriles qui en sont des causes bien connues, le docteur Calmettes, en examinant les fosses nasales, a constaté, cinq fois sur six, une lésion locale. C'était une érosion de l'extrémité antéro-inférieure de la cloison ou une petite croûte noire dont le détachement laissait couler le sang. Une zone de varicosités rougeâtres, donnant du sang en nappe, et une simple érosion de la cloison; dans un autre cas, une tumeur framboisée du volume d'un pois. Tous ces malades étaient adultes et ont été guéris par des cautérisations au nistrate d'argent ou au galvano-cautère, mais l'ozène vrai a persisté chez deux qui en étaient atteints.

Au lieu d'un tamponnement d'emblée, en pareil cas, un examen peut donc, en révélant le siège et la nature de la lésion, mettre fin à l'hémorrhagie en la guérissant. (*Gaz. méd. de Paris.*)

*Nouveau tamponnement.* Un fragment d'éponge fine, taillé à cet effet et imbibé de jus de citron ou d'eau vinaigrée, introduit dans la narine contre l'épistaxis passive si redoutable dans la fièvre typhoïde et autres affections fébriles, est souvent employé avec succès dans le service de M. Sire-

dey. On fait coucher le malade sur le ventre et le sang ne pouvant ainsi s'écouler dans le pharynx forme bientôt un caillot assez consistant, par le contact de l'éponge, pour que le saignement s'arrête immédiatement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 12776.)

*Hémoptysies foudroyantes.* Voy. ANÉVRISMES PULMONAIRES.

*Influence paludéenne.* Voy. HÉMORRHAGIES DENTAIRES.

**Hémorrhagies ecchymotiques sous-cutanées** *d'origine nerveuse.* Comme le purpura hémorrhagique apparu après de grandes frayeurs, des taches ecchymotiques sont observées sous l'influence de maladies nerveuses, l'ataxie, l'hystérie, les émotions. Le docteur Keller les a rencontrées sur un seul ataxique, quoique appelé à en doucher une vingtaine dans l'espace de trois ans. Mais il a observé des suffusions sanguines chez 5 femmes atteintes de troubles purement névropathiques qui employaient l'hydrothérapie à cet effet et dont il donne les observations en détail. Ces ecchymoses, qui peuvent être confondues avec le purpura en se répandant sur tout le corps, doivent être considérées comme des troubles vaso-moteurs, résultant de l'excitation ou de la dépression du système nerveux. L'anémie peut bien y jouer aussi un certain rôle, comme dans l'observation IV. On comprend à peine cet effet tropho-névrotique à propos de l'arthritisme, la dyspepsie, l'hystérie et autres affections nerveuses. S'il en était ainsi, comment des névralgies atroces n'en produiraient-elles pas localement? Il faut donc tenir compte de l'état général de ces malades plutôt que de l'affection nerveuse prédominante. La ménopause y contribua ainsi dans l'observation III. Il est difficile et dangereux de préciser exclusivement la cause dans des états si compliqués. (*Revue de méd.*, août.)

**Hémorrhagies intestinales.** Leur coïncidence avec une maladie du cœur, signalée par M. Lereboullet (Voy. *année* 1875), est confirmée par le docteur Blachez, sur un homme de soixante ans, travailleur actif se surmenant un peu. Après quelques malaises, il fut pris subitement de faiblesse extrême avec besoin d'aller à la selle. Il perd connaissance sur la chaise et reste inanimé. Trois litres de sang brun

enlevée avec des pinces et la cu-
on de sang. Un tampon dilatable
l'opéré porté au lit; mais la mort
r syncope, douze heures après, sans
sance. On put s'assurer ainsi du
de l'orifice de l'uretère gauche, le
e la vessie.
danger de ces opérations. La date
nature villeuse exempte de toute
me jeune et bien portant du reste,
s favorables. Il devint néanmoins
ôt laissé l'hémorrhagie faire elle-
e on l'observe ordinairement. (*Lan-*

**rompes.** *Laparotomie.* Une femme
leux enfants, dont le dernier a trois
primer avec de très violentes dou-
et des symptômes d'hémorrhagie
ante. Le docteur Bridden appelé
e de la trompe et fit confirmer son
ultants qui tombèrent d'accord sur
ntion opératoire. L'abdomen fut
verticale suivant la ligne blanche,
nde quantité de sang dans la cavité
e aussitôt. La trompe de Fallope
obstruée à son embouchure dans
ge, attiré au dehors, permit de faire
fil de soie qui arrêta l'hémorrhagie.
on ferma la plaie abdominale et,
pérée succomba quarante-sept heures
cembre 1883.)

*u salée.* Avant la transfusion ou en
inon comme adjuvant, cette boisson
hez les femmes chloro-anémiques, en
ou pertes. Après un avortement de
femme chlorotique de la campagne,
épétées avaient amené un tel degré
sfusion s'imposait. A défaut de pou-
diatement, Betz employa une solution

et passe en nature dans l'urine où il agit topiqueme
les parties qu'elle irrigue dans son cours. La glycé
est le véhicule par excellence, à la dose de quatre
pour une d'acide. 40 gouttes de cette solution conti
10 grains environ d'acide et peuvent être administré
un peu d'eau distillée. Cette dose est répétée tou
trois heures pendant plusieurs jours et des semaines e
sans provoquer la constipation. Si l'écoulement d
est ordinairement supprimé en trois à quatre jours,
néanmoins continuer l'usage de cet astringent pour
le voir reparaître et c'est seulement par son emploi
vérant qu'il est possible d'en prévenir le retour. Des l
rhagies mortelles par la faiblesse et l'épuisement
sultant ont été ainsi prévenues, retardées indéfinim
moyen mérite donc une grande confiance et doit êt
ployé avec persévérance. (*Lancet*, 15 mars.)

Le professeur Guyon emploie, en pareil cas, la s
de tannin à 2 °/o en injections intravésicales. Voy. INJE

**Hémorrhagies vésicales.** *Uréthrotomie membra*
Comme toutes les hémorrhagies internes, hémopty
hématémèses en particulier, l'hématurie est diff
juguler par l'impossibilité d'en fermer et tarir direc
la source à l'aide de la ligature ou des caustiques. L
velle incision périnéale de sir H. Thompson, en perm
d'aller exciser directement les excroissances villeuses
tumeurs qui y donnent naissance et les entretiennen
cependant y mettre fin dans certains cas, comm
exemples en sont relatés. (Voy. VESSIE, 1881.)

L'un des plus hardis imitateurs du célèbre lithot
anglais, R. Harrison, de Liverpool, a entrepris cette c
opération sur un homme de quarante-deux ans, à
merie royale, le 10 septembre dernier. Depuis la fin d
ces hématuries fréquentes et abondantes n'avaient cé
momentanément à l'infusion de matico et, étant re
plus intenses et continues au mois de juillet 1884,
était en danger si l'on n'y mettait un terme. Une i
périnéale médiane fut pratiquée, en incisant vertica
la prostate avec un bistouri boutonné pour donn
d'espace. La vessie était distendue par des caillot
fallut extraire pour rendre appréciable une tumeur v

i fut aussitôt saisie, enlevée avec des pinces et la cu-
:te sans grande effusion de sang. Un tampon dilatable
; placé à l'intérieur et l'opéré porté au lit; mais la mort
:vint soudainement par syncope, douze heures après, sans
'il eût repris connaissance. On put s'assurer ainsi du
ge de la tumeur près de l'orifice de l'uretère gauche, le
ɔit était dilaté ainsi que la vessie.
C'est donc là un grave danger de ces opérations. La date
:ente de la tumeur, sa nature villeuse exempte de toute
ılignité, chez un homme jeune et bien portant du reste,
ıdaient ce cas des plus favorables. Il devint néanmoins
ssi fatal que si l'on eût laissé l'hémorrhagie faire elle-
ême son œuvre, comme on l'observe ordinairement. (*Lan-
t*, 18 octobre.)

**Hémorrhagies des trompes.** *Laparotomie.* Une femme
e vingt-sept ans ayant deux enfants, dont le dernier a trois
ns, vit ses règles se supprimer avec de très violentes dou-
:urs dans le bas ventre et des symptômes d'hémorrhagie
ıterne à l'époque suivante. Le docteur Bridden appelé
iagnostiqua une rupture de la trompe et fit confirmer son
iagnostic par deux consultants qui tombèrent d'accord sur
'urgence d'une intervention opératoire. L'abdomen fut
ıuvert par une incision verticale suivant la ligne blanche,
ıt l'on rencontra une grande quantité de sang dans la cavité
lu petit bassin, évacuée aussitôt. La trompe de Fallope
;auche était déchirée et obstruée à son embouchure dans
'utérus. Le ligament large, attiré au dehors, permit de faire
ıne suture avec un fort fil de soie qui arrêta l'hémorrhagie.
.es organes replacés, on ferma la plaie abdominale et,
nalgré l'antisepsie, l'opérée succomba quarante-sept heures
ıprès. (*Med. Record,* décembre 1883.)

**Métrorrhagies.** *Eau salée.* Avant la transfusion ou en
:as d'empêchement, sinon comme adjuvant, cette boisson
'roide est indiquée chez les femmes chloro-anémiques, en
:as de métrorrhagies ou pertes. Après un avortement de
:rois mois chez une femme chlorotique de la campagne,
les hémorrhagies répétées avaient amené un tel degré
d'anémie que la transfusion s'imposait. A défaut de pou-
voir y recourir immédiatement, Betz employa une solution

à la dose d'une cuillerée à café de sel de cuisine dans un demi-litre d'eau dont trois cuillerées à soupe étaient prises toutes les cinq minutes. Le défaut de vomissements permit d'augmenter la dose et la malade se remit très rapidement. (*Lyon méd.*)

*Action du salicylate de soude.* Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE.

**Hémothorax traumatique.** Voy. EPANCHEMENTS SANGUINS.

**Hémorrhagie dentaire.** *Origine paludéenne.* A l'appui de l'influence persistante de l'impaludisme, émise par le professeur Verneuil, le docteur Kirmisson relate le fait d'un homme de cinquante-huit ans, atteint d'une hémorrhagie dentaire le 14 août dernier. Elle avait débuté sans traumatisme ni cause appréciable quatre jours auparavant. Amené à l'infirmerie de la Salpêtrière, cet homme fut soumis à l'extraction de quelques racines avec cautérisation consécutive au thermo-cautère. Mais, après un court arrêt, l'hémorrhagie reparut plus forte et persistait le 14.

Le malade raconta alors qu'à dix-huit ans, il avait eu des accès de fièvre intermittente qui, malgré l'usage du sulfate de quinine, persistèrent dix-huit mois sous différents types. L'arrachement à vingt ans de la première petite molaire à la mâchoire supérieure droite fut la source d'une hémorrhagie formidable qui dura trois jours. Elle reparut sans cause appréciable au niveau de la même dent, sept ou huit ans après, et survint plus fréquemment ensuite de moins en moins abondante, puis se montra plus rarement de cinq en cinq ans, en 1874, 1879 et 1884. La nature paludéenne de cette hémorrhagie paraissant bien établie, elle fut traitée par le sulfate de quinine jusqu'au 20 août, sans cesser complètement. L'acide chromique employé à plusieurs reprises put seul en obtenir raison et c'est le 26 août qu'elle s'arrêta définitivement. (*Gaz. hebd.*, n° 41.)

L'insuccès du sulfate de quinine, donné à la dose d'un gramme tous les jours, du 16 au 25 août, permet-il bien de conclure à l'impaludisme comme cause de cette hémorrhagie? N'eût-il pas été plus rationnel de cautériser immédiatement et de donner la quinine ensuite?

Deux succès plus concluants ont été obtenus par le doc-

ur Coriveaud, de Blaye. Un garçon de huit ans était de-
uis sept jours en proie à des épistaxis rebelles à tous les
oyens mécaniques, topiques et généraux. Apprenant que
nfant avait passé le mois précédent dans un pays à fièvres
s landes de Bordeaux, il lui fit administrer 50 centi-
ammes de sulfate de quinine en une seule dose. Dès le
ndemain, l'hémorrhagie était arrêtée.

Une créole de vingt-cinq ans, accompagnant son mari
pitaine au long cours, fut prise d'une métrorrhagie étant
terre. Elle durait depuis un mois, surtout la nuit, sans
'aucun moyen pût l'arrêter. Sachant qu'elle avait eu de
équents accès de fièvre palustre à l'île Maurice, son pays,
sulfate de quinine fut prescrit et l'arrêt du sang fut im-
édiat et définitif. (*Idem*, n° 48.)

**HERNIES.** *Réduction par l'éthérisation locale.* Contre la
ernie inguinale étranglée, dès que le taxis est douloureux
u inefficace, le docteur Finkelstein a recours au procédé
ivant : le malade étant couché sur le dos, les jambes flé-
hies, le scrotum soutenu par un coussin, il verse sur la
ernie une à deux cuillerées d'éther pur ou mieux mélangé
u cinquième d'huile de jusquiame, ce qui le rend moins ir-
itant pour la tumeur herniaire. Une compresse triple ou
uadruple est appliquée dessus. En renouvelant cette appli-
ation tous les quarts d'heure à trois ou quatre reprises,
intestin rentre spontanément dans l'abdomen, sinon l'on
btient facilement la réduction par un taxis de douceur. 58
pplications ont donné 54 succès, alors qu'il n'y avait eu que
u ou point de manœuvres préalables. L'indication est
onc d'y recourir dès la manifestation de l'étranglement,
cepté dans la variété épiploïque ou quand l'enveloppe
erniaire est épaissie, indurée. C'est donc un procédé à la
rtée de tous. (*Berl. klin. Woch.*, 1883.)

*Fausse réduction de l'intestin sous le péritoine.* L'histoire
cet accident très rare, peu connu des chirurgiens, est
laté in extenso par le docteur Berger, à l'occasion d'une
servation personnelle qu'il en a faite le 3 mars sur un
eillard de soixante-treize ans apporté dans son service de
icêtre. En faisant remonter à Georges Arnaud la décou-
rte de cette fausse réduction en 1730, il n'en rencontra

ensuite que 10 cas signalés jusqu'à ce jour dans la littérature européenne des hernies, en y comprenant les deux exemples constatés à l'autopsie par M. Farabeuf et communiqués avec figures à la Société de chirurgie. (Voy. *année* 1877.) Cette fausse réduction a pu être ainsi figurée dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay en 1879, tandis qu'il n'en est pas question dans les précédents ouvrages classiques. Malgré les faits de Pelletan en 1810 et d'Ouvrard en 1828, cette fausse réduction est à peine signalée par Boyer et Velpeau; tandis que Dupuytren, Cloquet, Malgaigne, Gosselin n'en parlent pas. De là l'intérêt de ce nouveau mémoire historique et critique, sur lequel il n'y a pas lieu d'insister ici, l'ayant signalé précédemment. Trois observations du professeur Azam, adressées dès 1875 à l'Académie de médecine, montrent en s'y ajoutant tout l'intérêt de ce travail. Cet accident semble dès lors moins rare que l'on ne croyait pour expliquer la mort consécutive par cette fausse réduction de la hernie. (*Revue de chir.*, octobre et décembre).

Un homme entre à l'hôpital Saint-Léon avec une petite hernie inguinale, étranglée depuis quarante-huit heures, sur laquelle siégeaient de nombreuses et vastes ecchymoses produites par le taxis forcé. Sans le renouveler, M. Weiss pratiqua la kélotomie. Tout allait bien, quand l'opéré mourut trois jours après. A l'autopsie, on trouva l'anse ressortie dans le trajet inguinal et gangrénée. Aussi, M. Weiss regrette-t-il de n'avoir pas tenté, dans ce cas, la cure radicale par la suture de l'anneau, ce qui aurait certainement empêché la récidive à laquelle le malade a succombé. (*Revue méd. de l'Est.*)

*Obstruction consécutive à la réduction.* C'est une grande erreur d'admettre, après une semaine ou deux que la réduction d'une hernie étranglée a été faite par le taxis ou la kélotomie, qu'aucun danger n'est plus à craindre. L'étranglement peut non seulement se reproduire plus tard, mais le fait de l'étranglement plus ou moins prolongé de l'intestin l'expose à des accidents ultérieurs d'obstruction que M. Trèves range sous les titres suivants avec des exemples à l'appui extraits surtout des auteurs français.

I. Rétrécissements organiques résultant de la hernie.

II. Adhérences de l'anse herniée aux parois abdominales.

III. Adhérences des deux extrémités de l'anse herniée aux parois abdominales.

IV. Adhérences de l'épiploon autour de l'ouverture herniaire par l'inflammation du péritoine. (*Lancet*, 7 juin.)

*Cure radicale.* Sur le point de pratiquer cette opération à la clinique de la Charité chez un homme de cinquante ans, ayant une double hernie réductible et incoercible, le docteur Bouilly, dans sa leçon préalable à ce sujet, dit que la hernie se composant d'un sac, diverticule du péritoine, et d'un contenu, l'intestin grêle ici, qui s'échappe par l'anneau inguinal, tous les procédés opératoires tendant à la guérir ne peuvent avoir pour but que de fermer la porte de sortie ou de supprimer le sac. L'invagination du scrotum et de la peau dans l'anneau inguinal de Gerdy, de même que le procédé de Wood et tous les autres n'ont en effet que ce but. Mais le jeune professeur les rejette tous comme se pratiquant à l'aveuglette et donne la préférence à la méthode dite à ciel ouvert, qui compte les trois procédés suivants :

Procédé de Nussbaum. Après avoir ouvert largement le sac, on fait la ligature du collet à l'aide du fil de catgut par une suture en bourse; consécutivement on peut extirper, en partie du moins, le sac herniaire. C'est l'un des plus simples.

Procédé de Czerny. Le chirurgien de Heidelberg a une plus grande prétention. Outre la ligature ou la suture du collet, il pratique celle des piliers, dans le but de fermer l'anneau inguinal.

Schede se comporte comme dans le cas d'un étranglement; il pratique une kélotomie pure et simple et fait le drainage sans suture du collet. Il compte sur le travail de rétraction, sur l'inflammation adhésive réparatrice pour amener l'oblitération du collet du sac.

En dehors des sous-procédés, des manœuvres secondaires et des sutures spéciales, ce sont là les trois procédés en vogue. La corde est donc aux Allemands sur ce sujet comme sur tous les autres. (*Revue de cliniq. méd. chirurg.*, n° 1.)

*Torsion du pédicule.* Ce procédé de M. Ball remplace la ligature et la suture du sac. Une volumineuse hernie scrotale droite, très douloureuse et ne pouvant être contenue

par un bandage, fut ainsi opérée le 25 janvier. Après avoir découvert le collet du sac et isolé le cordon, un clamp-forceps saisit le sac en imprimant six demi-tours à l'instrument, soit trois révolutions complètes. Une certaine résistance fut le signe de s'arrêter pour éviter la rupture. Une ligature au catgut phéniqué fut appliquée et une suture réunit les piliers de l'anneau, en passant à travers le pédicule résultant de la torsion. Réunie, drainée et pansée antiseptiquement, la plaie se cicatrisa, malgré un abcès du scrotum. La guérison était complète un mois après, sans tendance à la récidive au mois de septembre. (*British med. Association.*)

**Hernie congénitale** *étranglée par une bride.* Un enfant portait dans l'aine droite une hernie ordinairement irréductible, occasionnant parfois, à la suite de mauvaises digestions, des douleurs et des vomissements sans étranglement vrai. Le testicule correspondant était retenu dans l'abdomen.

A quatorze ans, la hernie s'étrangle et, malgré deux tentatives de taxis en ville et à l'hôpital, tous les accidents persistent. La kélotomie est pratiquée par M. Dubourg, treize heures après leur début. Il découvre alors une tumeur bilobée, étranglée au milieu par une bride fibreuse résistante. Dès que celle-ci est divisée, la tumeur reprend immédiatement sa forme arrondie et sa mollesse. Une pression des plus douces suffit à réduire avec facilité l'intestin contenu dans la poche, sans ouverture du sac. La guérison ne se fit pas attendre.

D'ordinaire, ces hernies congénitales s'étranglent autrement par des rétrécissements annulaires du sac, souvent multiples et disposés en chapelets. L'étranglement par brides est le mode banal des autres hernies. Le rapporteur, M. Polaillon, n'aurait pas hésité à effectuer la cure radicale en disséquant le sac jusqu'à l'anneau pour l'exciser ensuite et suturer celui-ci. Il eût évité le port d'un bandage, toujours dangereux avec l'ectopie testiculaire. Mais de sérieuses objections lui sont faites par la difficulté de la dissection du sac dans les hernies congénitales surtout, où les vaisseaux spermatiques et le cordon l'environnent. Il était préférable, suivant ses collègues, d'ouvrir le sac, de chercher le testicule pour l'amener et le fixer dehors, et,

ins l'impossibilité, de pratiquer la castration, d'autant ieux indiquée que le sperme du testicule ectopié contient rement des spermatozoaires. Il est préférable de l'en-ver que de supporter les froissements perpétuels d'un ndage. (*Soc. de chir.*, octobre.)

**HISTOLOGIE.** *Manuel d'histologie pathologique*, par I. Cornil et Ranvier; second fascicule du deuxième vo-ne, terminant la deuxième édition; grand in-8° de ) pages avec 296 figures dans le texte, l'expliquant et clairant; *Librairie F. Alcan*, Paris.

En coïncidant avec la mort du professeur Morel, de Stras-urg, auteur du premier traité élémentaire d'histologie ru en France, il y a bientôt un demi-siècle, le complé-ent de cette seconde édition d'un livre qui a surpassé is les autres publié depuis sur le même sujet, marque ine manière frappante tous les progrès accomplis dans ite nouvelle science. Les altérations du tube digestif, qui minaient le précédent fascicule, sont continuées dans lui-ci, en commençant par celles du foie, depuis la simple ngestion jusqu'à la cirrhose avec ses formes variées. histoire en comprend aussi les nouvelles recherches de Sabourin avec ses planches, et le livre est ainsi mis au urant des plus récentes observations sur ce sujet. Toutes s nouvelles acquisitions sur les dégénérescences et les oplasmes multiples de cet organe et ses annexes, du pé-oine et du pancréas, viennent à la suite, en en montrant s analogies et les différences.

Une section spéciale est consacrée aux glandes hémato-iétiques : la rate, la thyroïde et les capsules surrénales. la comparaison de leurs maladies et leurs altérations, peut juger de leur rôle et de leurs relations.

L'appareil génito-urinaire vient ensuite et forme la partie plus importante du livre, en comprenant les altérations s organes de la génération et leurs fonctions. Un cha-tre très étendu est aussi consacré aux néphrites, par suite s recherches spéciales du professeur Cornil.

Procédant du dedans au dehors, les auteurs ont réservé tude de la peau et ses maladies pour la fin en en formant dernière section. Cette dernière est très étendue, car elle t enrichie des nouvelles recherches faites dans les mala-

dies cutanées des animaux. Il s'agit notamment et par comparaison des parasites de la peau, figurés d'après les nouvelles découvertes.

Ce dernier fascicule complète surtout l'ouvrage par l'index alphabétique et analytique de 18 pages petit texte qui le termine. Il en forme ainsi une partie indispensable. Comment le consulter et trouver ce que l'on cherche sans ce secours et sans réunir tout ce qui se rapporte à la même altération?

**HYDARTHROSES.** *Ponction et lavage.* A l'imitation de ce procédé suivi en Allemagne, M. L. Labbé a traité deux malades avec succès, en lavant la cavité séreuse avec de l'eau phéniquée à 3 ou 4 pour 100 jusqu'à ce que le liquide injecté sorte limpide. Une baudruche collodionnée était appliquée sur la piqûre du trocart en retirant la canule, et le genou entouré de ouate était ensuite immobilisé par un bandage compressif et un repos absolu.

L'hydarthrose durait depuis sept ans et avait résisté à tous les moyens chez l'un des malades. Elle a guéri en un mois dans les deux cas. Quoique le liquide ait paru se reproduire une ou deux fois en quantité décroissante, la guérison ne s'est pas démentie depuis deux ans chez l'un des opérés.

*Compression élastique.* Pour montrer que ce traitement n'a rien de spécifique, le docteur M. Sée invoque deux guérisons obtenues par lui avec un moyen encore plus simple et anodin. C'est la compression de l'articulation avec la bande d'Esmarch. Le liquide disparaît avec l'épaississement de la synoviale qui l'accompagne en déterminant des raideurs articulaires. (*Acad. de méd.*, juin.)

Ce dernier moyen, employé par l'auteur depuis quatre ans, n'est évidemment qu'un procédé particulier, car la compression et l'immobilisation sont depuis longtemps les plus communément employées et les plus efficaces. Elles forment pour ainsi dire la base du traitement dont les vésicatoires, les badigeonnages d'iode, la cautérisation ponctuée ou l'ignipuncture ne sont que les adjuvants. Elles sont peut-être ainsi le secret du succès de la ponction et du lavage phéniqué. Il reste donc à déterminer si la bande élastique est

plus efficace ici, comme dans l'entorse, à établir une compression que la toile et l'ouate. Ce serait là le perfectionnement.

**HYDROCÈLE.** *Incision antiseptique.* Elle consiste à diviser de haut en bas, sans anesthésie générale ni locale, le scrotum distendu par l'épanchement, en faisant tendre la peau, préalablement nettoyée et lotionnée doucement avec une éponge douce ou du coton imbibés d'une solution phéniquée *chaude* à 1 gramme 25 pour 100 d'eau. Plus forte, cette solution irrite la peau fine et délicate de cette partie et provoque de l'érythème qui nuit ensuite à la réunion immédiate de la plaie. Loin de se servir de la brosse et du couteau pour mieux la désinfecter, à l'exemple de certains chirurgiens allemands, il n'est même pas question de la raser.

A mesure qu'ils sont ouverts, les vaisseaux sont pincés, tordus ou liés. Au lieu d'inciser la tunique vaginale, par transfixion d'un seul coup de bistouri, en s'exposant à blesser l'épididyme ou le testicule, une boutonnière est pratiquée à la partie supérieure. Introduisant le doigt, on conduit dessus des ciseaux pour achever l'incision sans aucun risque.

Faite ainsi largement, cette incision permet d'inspecter, d'examiner facilement et complètement le testicule et la cavité vaginale, d'enlever les productions anormales qui se rencontrent avec les ciseaux, l'éponge ou la curette, [illegible] nécessaire, et de réséquer ensuite la portion exubérante de la vaginale. La toilette est faite légèrement sans [illegible] vage, le nuage du spray qui fonctionne durant toute [illegible] ration suffit à l'antisepticité.

On ne conserve de la vaginale que ce qu'il [illegible] recouvrir le testicule et le cordon en l'ajustant [illegible] l'hémostase étant complète, on en suture [illegible] avec du catgut fin placé à 1 centimètre [illegible] sement des deux feuillets pariétal et viscéral [illegible] plet et hermétique, sans aucun pli pouvant [illegible] récidive. Le drainage à la partie inférieure [illegible] facilite celle-ci, mais il est indispensable [illegible] pendant vingt-quatre heures à [illegible] réunies du scrotum. Une couche [illegible]

bées de la solution phéniquée est placée sur le scrotum, le périnée, le bas ventre, jusqu'aux cuisses, avec la gaze antiseptique et l'imperméable par-dessus, fixés par des bandes en toile et en caoutchouc pour mieux établir une compression douce et l'antisepticité.

Appliquée aux cas où l'ouverture de la vaginale est rendue absolument indispensable pour la vider du sang ou du pus, sinon des corps étrangers qu'elle contient, cette opération serait toute simple et rationnelle. L'emploi de la méthode antiseptique s'étendant à toutes les opérations sanglantes, celle-ci ne saurait faire exception. D'après l'observation universelle, il était à prévoir qu'elle diminuerait l'abondance de la suppuration et en abrégerait la durée. C'en serait même une indication spéciale. Le professeur Volkmann en découvrant le premier, dit-on, que cette incision, qui entraînait autrefois des suppurations prolongées, faite antiseptiquement, guérit en quelques jours par première intention, a donc simplement promulgué un fait constaté dans une foule de cas analogues.

Mais telle n'est pas la portée restreinte que des partisans outrés de la méthode antiseptique veulent donner à cette incision. Ils prétendent la substituer, dans tous les cas d'hydrocèle, sans distinction, à la simple ponction avec injection curative. Alors que celle-ci, par sa simplicité et son innocuité, basée sur des succès innombrables, semblait à l'abri de toute contestation comme le superlatif de tous ses succédanés, voici que l'incision antiseptique lui est substituée en raison même de ses avantages. Ce fait inopiné est assez grave et nouveau pour donner les détails justificatifs de cette innovation.

Sur 53 hydrocèles : 47 simples et 6 doubles, incisées sous le nuage phéniqué et avec toutes les précautions antiseptiques, chez des malades de dix-neuf à quatre-vingt-trois ans, dont les observations, *sans date*, sont résumées, le professeur Julliard de Genève signale 5 récidives après injection iodée, 6 après une ou plusieurs ponctions simples; soit 42 cas d'emblée sans nulle indication spéciale. 10 fois des accidents consécutifs se sont montrés par défaut de réunion de la plaie, hémorrhagie, abcès, suppuration, sinon suintement séro-sanguinolent ou purulent résultant du drainage de la vaginale. Sauf ces complications, l'apyrexie

: été complète dans 21 cas et la température n'a pas atteint 9° dans 25. Elle ne s'est élevée au-dessus que dans 5, proqquée par de l'érythème local et l'élimination de tissu phacélé; absence de phlegmons et de fusées purulentes, mais d'orchite ni d'épididymite. De la dysurie se manifesta ans trois cas. La plaie était cicatrisée du quatrième au ixième jour chez tous les autres opérés qui conservaient ianmoins du gonflement avec dureté et sensibilité du tesule et du cordon augmentés de volume. Ces parties, exainées chez un opéré mort le dixième jour d'un étranglent interne, étaient parfaitement saines; une infiltration nguine de la tunique vaginale et du tissu cellulaire sousrotal produisait seule le gonflement qui persista deux à ois semaines chez la plupart des opérés.

Cette statistique est d'autant plus favorable que des comications ont été rencontrées dans la plupart des cas. De etits kystes implantés sur le testicule, l'épididyme ou la aginale existaient chez 33 opérés, des corps étrangers nez 3 et des fausses membranes chez 6; soit 42 cas de roductions anormales qu'il fallut enlever. La vaginale fut ouvée le plus souvent rouge et hypérémiée, parsemée de aches rouges ou jaunâtres; épaissie 17 fois et 3 fois d'un lanc nacré avec la consistance du parchemin. Cinq fois eulement, elle avait une apparence normale.

Le testicule malade dans 3 cas entraîna la castration; fois l'hydrocèle renfermait du pus et une hernie incoerible se rencontrait dans une autre. Ces diverses lésions, en xposant à l'insuccès et à la récidive de l'épanchement par injection iodée, justifient assurément l'incision qui les découvre et en permet la guérison. On ne les pressentait as dans la plupart de ces cas et si cette incision continuait en découvrir aussi fréquemment dans les hydrocèles anciennes, volumineuses, elle aiderait au moins à en faire e diagnostic et diminuerait notablement ainsi les cas simples justiciables de l'injection.

Si donc l'incision antiseptique, même sans anesthésie, est incomparablement plus compliquée, grave et douloureuse que la ponction, la réaction inflammatoire vive et prolongée qui suit l'injection iodée est aussi plus marquée que celle de l'incision, lorsqu'elle n'entraîne pas de complications. Dans la première opération consécutive à deux

injections iodées infructueuses, et dont la seconde avait amené le soir même une température de 40° avec gonflement, fièvre, agitation et malaise pendant trois jours, l'incision amena la guérison en six jours, sans réaction ni fièvre. Est-ce à dire que l'opéré soit plus rapidement et complètement débarrassé avec celle-ci qu'avec celle-là, comme l'auteur le prétend? Nullement; sauf les cas particuliers, il faut toujours trois semaines en moyenne dans les deux cas pour que tout gonflement, induration ou sensibilité aient entièrement disparu.

Reste la récidive possible après l'injection. Loin d'être aussi fréquente que l'auteur le donne à entendre sans en faire la preuve, il est évident que pratiquée indistinctement dans tous ces cas de kystes, de corps étrangers, de fausses membranes, de vaginale épaissie, parcheminée, elle aura plus de chance de se produire que par l'incision permettant un examen et une section attentive, une suture exacte et serrée de la vaginale. Elle peut cependant avoir lieu par le drainage ou autrement. L'observation XLI en offre la preuve chez un homme de vingt-six ans et si l'auteur n'en a pas constaté un seul exemple parmi ses opérés, c'est qu'il n'en a revu que 16, après un temps trop rapproché de l'opération pour être certain qu'il ne s'en produira pas plus tard.

Sans pousser plus loin cette comparaison, d'après la longueur de l'opération, l'étendue du traumatisme et ses traces indélébiles, la douleur en résultant par le défaut d'anesthésie et sa gravité — quoique l'on veuille bien dire qu'elle est aussi simple que l'injection, en étant plus complète et plus sûre — il est évident qu'elle n'a pas tant d'avantages que l'on se plaît à l'établir compendieusement. Il faut attendre qu'elle ait fait ses preuves comme celle-ci pour les comparer et les juger. On ne peut se dissimuler qu'il y a relativement entre elles autant de différence qu'entre la ponction d'un épanchement, d'un kyste du thorax ou de l'abdomen, et leur ouverture à ciel ouvert. Même avec la méthode antiseptique, les partisans outrés de celle-ci ne sont pas encore parvenus à les assimiler l'une à l'autre, malgré leurs efforts. Chacune a ses indications spéciales, et dans le doute, il est encore prescrit d'essayer la plus simple. On ne pardonnerait pas de faire la seconde d'emblée; en

; d'accident, une grave responsabilité morale en résul-
ait.

Vouloir d'ores et déjà substituer d'emblée cette incision
iseptique à toutes les hydrocèles indistinctement, à la
ce de l'injection, est donc une entreprise irrationnelle
mprudente. Les faits précédents permettent seulement
prévoir qu'elle a et aura dans l'avenir des indications
s fréquentes que l'on ne croyait et si elle continue à se
ntrer aussi innocente, les injections y perdront d'autant.
s ce n'est pas à dire qu'elle les supplantera absolument.
; ne doit servir qu'à en restreindre les applications dans
cas où la vaginale est à l'état normal. Elle doit surtout
courir à établir ce diagnostic différentiel, en détermi-
ıt la part de l'une et de l'autre, car il est impossible
bandonner une opération si simple et rapide qui a donné
t de guérisons pour une aussi compliquée. (*Revue de chir.*,
rier.)

Jn autre danger peut d'ailleurs résulter de l'action de
:ide phénique sur le testicule. Une injection avec *quelques*
*ıttes* d'une solution très forte d'acide phénique ayant été
:e, après la ponction d'une hydrocèle, sur un Chinois ad-
; à l'hôpital des missionnaires de Canton, l'inflammation
'sista deux mois ensuite. On fit l'incision antiseptique
sac et l'on trouva le testicule gros et en partie dégénéré
une masse gélatineuse brunâtre qui fut attribuée à l'in-
tion phéniquée. La castration fut pratiquée et l'opéré
érit. Il y a donc lieu d'être réservé dans cet emploi de
:ide phénique. (Voy. INJECTIONS, 1883, p. 228.)

*Corps libres.* Leur présence dans la tunique vaginale, lors-
'ils coïncident avec l'hydrocèle, réclame spécialement,
ıprès le docteur Vauthier, cette incision antiseptique pour
favoriser l'issue. Autrement, leur volume d'un grain de
ènevis peut s'accroître jusqu'à celui d'une noisette et l'on
demande si, en persistant par la ponction simple, ils ne
ovoquent pas la récidive de l'épanchement par l'irritation
résultant. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

**Hydro-hématocèle.** Deux ans après avoir reçu un coup
r le scrotum, un homme présente une tumeur de 58 cen-
nètres de circonférence. Une ponction faite par M. Polaill-

lon donne issue à un liquide chocolat; une vi
flammation se déclare et nécessite la castration.
en trois semaines avec une épaisseur de 3 centin
parois de la poche. En pareil cas, une septicémi
neuse est survenue à M. Bouilly.

Toutes ces tumeurs molles et volumineuses
hydrocèles graves ou hydro-hématocèles que le
peut guérir, mais la castration d'emblée est bien
et préférable, d'après l'avis de la majorité des j
rurgiens. Elle guérit plus vite et, comme la déc
est souvent impraticable et le testicule altéré, c
ration de choix dans la plupart des cas, comm
précédent. (*Soc. de chir.*, 6 août.)

C'est aussi l'avis de M. Terrillon quand on opè
période d'inflammation du choc ou de la poncti
lorsque le diagnostic est incertain, il fend largeme
che, extrait les caillots et procède au grattage avec l
en enlevant toutes les parties mortifiées des m
épaissies jusqu'à celles qui sont saignantes et sain
tée par la méthode antiseptique et le drainage,
face bourgeonne facilement. Des catguts fins r
les bords de la peau avec la vaginale épaissie;
dées, les lèvres sont suturées avec les parties saig
la guérison est très rapide, comme trois observ
témoignent. (*Bull. de thérap.*, octobre, et *Progrès*

**HYPNOTISME.** *Conditions favorables à sa prod*
si grand nombre de sujets sains sont si facilemer
tisables et la connaissance des éléments de cett
sionnabilité est si imparfaite, qu'il est intéressant
trer les influences qui augmentent ou diminuent
tance du système nerveux à l'action des agents hyp
Les deux observations suivantes de M. Brémaud
éclairer le sujet.

Deux jeunes gens, l'un de vingt et un ans, l
vingt-cinq ans, étaient, en décembre 1883, hypr
avec la plus grande facilité et présentaient la sé
plète : fascination, catalepsie, léthargie, somnan
Ils se prêtaient aisément aux expérimentations les
verses, un peu honteux cependant de ce qu'ils reg
comme une infirmité. Interrogés sur leur manière

ils conviennent facilement d'un usage quotidien et exagéré de boissons alcooliques et surtout d'absinthe. Effrayés bientôt de leur grande susceptibilité hypnotique et désireux de s'en guérir, ils s'abstinrent sinon de toute liqueur alcoolique, du moins d'absinthe, et prirent des habitudes plus sobres. Examinés en février 1884, ils furent réfractaires, à leur grande satisfaction, à toutes les tentatives d'hypnotisation pratiquées plusieurs jours de suite.

Il est difficile de ne pas en conclure à une action de l'alcool sur la facilité de production des phénomènes hypnotiques.

L'expérience serait plus concluante si l'hypnotisme réapparaissait après la reprise des habitudes alcooliques et les deux jeunes gens offrirent spontanément de refaire, en ce sens particulier, cette expérience.

L'influence alcoolique n'est pas la seule. Un garçon de vingt-cinq ans, se prêtant pour la première fois aux expériences, fut promptement hypnotisé, et passa par les états de fascination, catalepsie et léthargie, sans que le somnambulisme ait pu être provoqué.

Le surlendemain et les jours suivants, pendant une semaine, toutes les tentatives d'hypnotisation restèrent sans résultat. Le sujet indiqua alors que des excès vénériens considérables avaient précédé de fort peu la première expérimentation et qu'il était, à ce moment, dans un état d'énervement particulier dû à ces excès.

Il est permis d'en conclure que, pour un certain nombre de personnes, les habitudes alcooliques et l'énervement qui suit les excès vénériens constituent une excitabilité spéciale et temporaire du système nerveux qui facilite la provocation des phénomènes hypnotiques. Voy. Chorée.

*Action calmante.* Une jeune fille présentant des troubles mentaux hystériques, condamnée plusieurs fois pour vol et abus de confiance, débauchée, grossière et paresseuse, entre dans le service du docteur A. Voisin à la Salpêtrière. Afin de calmer sa surexcitation morale et sensorielle, elle est soumise tous les jours ou tous les deux jours, pendant dix à douze heures, au sommeil hypnotique par le regard, la lumière ou le magnétisme. On lui suggérait pendant le sommeil des idées d'obéissance, de soumission et de con-

venance, en l'exhortant au travail et en lui enjoignant d'apprendre par cœur des pages entières.

Sous l'influence de ces moyens, une transformation complète s'est opérée en quelques mois. D'où l'indication de l'hypnotisme dans le traitement des troubles nervoso-mentaux : les hallucinations, l'agitation, le redressement des sentiments affectueux, du caractère, des mauvais penchants, par la suggestion d'une direction morale et des idées déterminées.

Mais la difficulté d'endormir ces aliénés, aussi bien que l'insuccès fréquent de la suggestion hypnotique sont de graves obstacles à l'emploi de ces moyens. (*Congrès de Blois.*)

**HYSTÉRECTOMIE.** La manière dont elle est pratiquée exige une distinction. Les futures statistiques montrant les résultats fournis par l'opération césarienne, suivant les améliorations nouvelles, pourront conduire à ne plus adopter qu'une seule voie : celle de l'abdomen.

**Hystérectomie abdominale.** Un succès et un revers sont publiés par le docteur Poinsot, de Bordeaux; le premier obtenu sur une paysanne de cinquante-cinq ans atteinte d'un corps fibreux sous-péritonéal pédiculé. Il tenait au fond de l'utérus par un pédicule très court dont la circonférence était celle d'une pièce de deux francs. Un système de vaisseaux très volumineux, au point d'égaler le petit doigt, et libres dans leur plus grande longueur, étaient disposés autour de la tumeur comme les agrès d'un ballon. Il fallut les lier séparément entre deux ligatures avant d'appliquer le serre-nœud.

L'insuccès eut lieu contre un fibro-sarcome kystique utérin, du poids de 1650 grammes, chez une couturière de trente-cinq ans réduite à une maigreur squelettique, et cachectique. Elle succomba au shock opératoire, quelques heures après.

Le pédicule fut fixé à l'extérieur dans les deux cas et ce procédé était d'autant mieux indiqué dans le premier qu'il existait un prolapsus de l'utérus déterminé par le poids du corps fibreux. Il fut guéri par ce procédé. Il n'y eut donc qu'une hystérectomie véritable. (*Revue de chir.*, janvier.)

*Pédiculisation.* Au lieu du serre-nœud, le docteur J. Bœckel, de Strasbourg, emploie le tube élastique pour pédiculiser l'utérus. Un trocart passé immédiatement au-dessus de la ligature est ensuite retiré et la canule laissée à demeure fait l'office de broche pour empêcher le retrait du moignon. Le procédé est plus facile, rapide et aussi efficace que l'embrochement; mais il ne permet pas le resserrement du pédicule à volonté comme le serre-nœud.

*Complication d'hydronéphrose.* Un succès remarquable, obtenu par le docteur Pozzi, mérite d'être enregistré à la suite. C'était une femme de quarante-quatre ans portant une tumeur de l'utérus depuis huit ans, compliquée depuis cinq à six mois d'une tuméfaction fluctuante dans le flanc droit. Une ponction de celle-ci révéla une hydronéphrose. Des accidents hectiques s'ensuivirent rapidement et la malade réclama une opération. La ponction de l'hydronéphrose donna issue à 7 ou 800 grammes de liquide purulent verdâtre et, dès le lendemain, une large incision de la ligne médiane mit à nu un fibrome utérin. Il fut séparé par deux ligatures élastiques : l'une sur le col, l'autre sur le côté droit de la tumeur adhérent à l'hydronéphrose. Le pédicule de ce côté était énorme; il fut amené laborieusement au dehors ainsi que celui du col et celui du ligament large laissé dans l'abdomen. Trois heures trois quarts avaient été consacrées à cette résection.

Les suites furent néanmoins très simples. L'hydronéphrose ne se reproduit que lentement, et, deux mois après, une simple ponction, suivie d'un lavage au sublimé, suffit pour la tarir sans retour, alors que l'on pensait devoir recourir à l'extirpation. L'opérée est complètement guérie depuis plusieurs mois. (*Soc. de chirurg.*, 9 avril.)

*Résultats.* Sur 138 opérations de Porro, collectées par le docteur Godson en y comprenant la sienne suivie de succès, il a trouvé 77 morts et 61 guérisons, soit 55,8 pour 100 de mortalité. Il fonde ainsi un grand espoir dans l'avenir de cette opération et en combat les détracteurs, qui se trouvent principalement en Allemagne, (*British med. Association* et *British med. journ.*, 26 janvier).

**Hystérectomie vaginale.** *Division de l'uretère entraînant*

*la néphrectomie.* La préférence donnée à cette méthode par les gynécologistes allemands, pour l'excision de l'utérus cancéreux, a sans doute encouragé un chirurgien français de Strasbourg à l'employer. L'épithélioma avec tous ses signes paraissait bien limité à cet organe par sa mobilité même. M. J. Bœckel y recourut. L'abaissement fut simple et facile et les culs-de-sac antéro-postérieurs étant détachés, il fut aisé d'abaisser l'utérus malade et de placer des ligatures sur les ligaments larges. A gauche, l'une des artères ne pouvant être liée, il fallut appliquer une pince à demeure; ce qui détermina le passage de quelques anses intestinales. Celles-ci réduites aussitôt, l'utérus fut détaché avec quelques ganglions dégénérés à la base du ligament gauche. Toutes les précautions antiseptiques ayant été observées pour l'ouverture du péritoine, un pansement à l'iodoforme y succéda. Les suites immédiates de l'opération furent ainsi excellentes, sans la moindre élévation de température.

Mais, dès le surlendemain, on découvre un suintement de l'urine par le vagin et une injection de lait dans la vessie ayant été retenue, assura que l'uretère avait été lésé dans l'opération et qu'il s'agissait d'une fistule urétérale.

La plaie étant guérie, il fallait enlever le rein pour tarir la source de l'écoulement urineux. La néphrectomie fut pratiquée trois semaines après. Le rein était sain et aussitôt le suintement d'urine disparut. La vessie en donna 650 grammes le jour suivant et la guérison s'ensuivit. Mais, deux mois après, une induration est découverte dans la vessie, puis les ganglions lombaires sont envahis par la dégénérescence cancéreuse, qui amène la mort le septième mois.

Par le succès même de ces deux opérations consécutives, réputées les plus délicates et les plus graves de la chirurgie moderne, on peut juger des dangers que la première entraîne. En procédant à l'aveugle, on ne peut jamais être sûr de l'action du bistouri. La lésion de l'uretère a nécessité ainsi une seconde opération qui pouvait amener immédiatement la mort et annihiler le succès de la première. Cette excision d'un rein sain, en forçant l'autre à une suractivité morbide, donnant jusqu'à 1800 grammes, en a ainsi déterminé la dégénérescence amyloïde trouvée à l'autopsie et l'on

e demande même, dit le professeur Verneuil, si elle n'a as accéléré la récidive du cancer.

Devant l'insuccès frappant de cet exemple dont l'aveu ublic fait autant d'honneur au chirurgien qu'à son habileté, n peut juger en France des prétendues guérisons annon-ées d'Allemagne par cette méthode. (Voy. *année* 1883.) Aussi Société de chirurgie de Paris, par l'organe de ses mem-res les plus autorisés, a émis l'avis presque unanime que evant les difficultés et les dangers de l'hystérectomie va-inale, autant que de la récidive fatale qu'elle entraîne, il st préférable, pour l'honneur de la chirurgie, de s'en tenir ux pansements ou aux excisions partielles avec le thermo-autère. L'iodoforme, les cautérisations avec le chlorure de inc en particulier, les injections sont préférables par la pro-ongation du mal à l'extirpation complète qui en active ouvent la repullulation. Ne vaut-il pas mieux cautériser et uérir un prétendu cancer que de l'enlever complètement, orsque le traumatisme peut déterminer la mort? Il n'y a amais eu de la sorte une guérison certaine et définitive lu cancer vrai, d'après M. Trélat, et la survie n'a varié que d'un à dix mois. La difficulté générale de l'abaisse-nent rend d'ailleurs la voie hypogastrique préférable et plus chirurgicale à la fois. Il faut donc exclure l'hystérec-tomie vaginale contre le cancer de l'utérus. (*Soc. de chir.*, 4 juin.)

Le même accident résulta de l'extirpation totale de l'utérus carcinomateux par le vagin chez une aubergiste de trente-quatre ans. Un écoulement de l'urine par le vagin y succéda et cette fistule fut rapportée, il est vrai, par le docteur Novaro, à l'excision volontaire d'un nodule cancé-reux sur l'uretère gauche. Toujours est-il qu'un an après, il fallut recourir à la néphrectomie pour y mettre fin. Elle eut lieu par le procédé de Simon et, comme le rein était sain, il fut énucléé de sa capsule avec ligature du pédicule divisé en trois et réséqué à niveau. Des sutures profondes et le drainage avec le coton hydrophyle amenèrent la ci-catrisation en quarante jours. La quantité d'urine rendue était normale. Mais une double pneumonie croupale paraît avoir ensuite amené la mort. (*Annuario delle sc. med.*, 1883, p. 2.)

L'initiateur de cette opération à Bordeaux, M. Demons, a

pourtant cherché à la défendre par les chiffres. Sur 7 cas, 3 ont été mortels par péritonite quelques jours après; 2 ont récidivé en quelques mois, entraînant la mort un an après dans un, l'autre survivant encore. Deux autres femmes sont encore sans traces de récidive, l'une après dix-huit mois et l'autre depuis six mois seulement. Ces résultats ne sont donc pas supérieurs à la résection partielle, sinon aux pansements ou cautérisations, et la somme de dangers et de périls en est bien plus considérable pour l'opérée et plus préjudiciable au crédit de la chirurgie.

Il insiste néanmoins sur la valeur de cette opération, en disant qu'une femme guérie sans retour sur 10 ou 20 opérées pèserait plus dans la balance que 10 traînant pendant six mois de plus leur triste vie de cancéreuses. (*Revue de chir.*, août.) Voy. CANCER DE L'UTÉRUS.

Un blâme énergique a été formulé également contre cette opération par le docteur Jackson, au dernier meeting des gynécologistes américains à Chicago, en annonçant que les deux cas de guérison cités par Munde à la précédente assemblée ont été rapidement suivis de récidive. L'une des opérées est déjà morte d'hémorrhagie interne et l'autre n'en vaut guère mieux. Aux atténuations et statistiques invoquées contre ce résultat accablant, Jackson a répondu que toute opération devait au moins avoir pour but de diminuer les souffrances ou de prolonger la vie. Celle-ci, ne pouvant remplir ni l'une ni l'autre, devait être absolument abandonnée. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 15.)

**HYSTÉRIE.** *Traumatisme et contracture.* L'une des plus anciennes pensionnaires de la Salpêtrière, hystéro-épileptique à crises distinctes, évoluant simultanément, fit une chute dans un escalier sans ressentir grand mal. Absents depuis quelque temps, les accidents hystériques reparurent aussitôt avec une grande intensité. Cette femme fut dans l'impossibilité de se relever par un état de contracture absolue du membre inférieur gauche, trouvé en adduction forcée. La brusquerie de cette contracture excessive, arrivée d'emblée à son maximum, et suivie d'anesthésie de tout le côté gauche, sont caractéristiques de l'hystérie. Une simple piqûre d'aiguille, une chute sur la main ou une pression sur le pied suffisent à développer cette contracture chez les

ystériques. Ce signe forme, d'après le professeur Charcot, ıe véritable révélation de l'hystérie en se manifestant le 'emier et en restant longtemps le seul, sans aucun autre ıénomène.

En-dehors de l'hystérie, la contracture n'apparaît ainsi ıudainement que sous des influences analogues chez des ;miplégiques de cause cérébrale. Si, sur le membre flas-ıe en apparence, on tente l'électrisation, il entre aussitôt ı contracture, de même que par l'application d'un emplâtre : thapsia ou d'un vésicatoire. D'où la contre-indication des :citants en pareil cas. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, :tobre.)

*Anorexie hystérique.* Elle peut aboutir à l'inanition, dans :rtains cas, et la vie est mise en danger directement par nsuffisance de la nutrition. Une hystérique de quarante-ıatre ans présenta ces phénomènes au docteur Martel, à Hôtel-Dieu de Saint-Malo. Il la soumit à l'alimentation vec la sonde œsophagienne et put ainsi prévenir une' ıort imminente. Cette alimentation forcée peut donc être écessaire en pareil cas, mais sans donner les résultats ıpides et brillants obtenus dans la dyspepsie des tubercu-:ux. Elle doit être pratiquée par petites quantités à la fois, intervalles courts, réguliers, et continuée longtemps : amélioration étant lente et la rechute facile. Trop con-iante en ses forces, cette malade voulut bientôt se passer lu gavage. Une aggravation s'ensuivit et c'est seulement n reprenant l'alimentation artificielle que le retour à la anté s'accusa de nouveau. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre.)

*Dysphagie.* Elle n'est pas rare chez les femmes nerveuses ıt surtout hystériques. En avalant une bouchée de viande, ın accès de suffocation se produisit chez l'une d'elles et elle ıut réduite à s'alimenter avec des œufs mollets. L'acte de a déglutition s'accompagnait d'une grande inquiétude du visage et d'un tremblement général du corps. Toutefois, quand on faisait parler cette malade pendant le repas, ces troubles nerveux étaient moins intenses. En vain on fit usage du bromure de potassium, du galvanisme, de l'hydrothé-rapie et d'autres médications; en vain on introduisit la sonde stomacale, qui provoqua l'aggravation des symp-

tômes, dont la disparition fut spontanée. (*Berlin. Stift, Wienn.*, 1882, et *The N.-Y. med. Record*, 24 m

Un phénomène analogue se présenta chez u hystérique, lors de son retour d'âge. Pendant plu elle fut réduite à manger des panades; les corp pain, s'arrêtaient, disait-elle, dans son gosier. Eta que c'était purement nerveux et qu'il n'y avait ment à s'en préoccuper, sinon à se distraire en ı elle guérit spontanément; tous les troubles nerv rent lors de la ménopause.

*Castration.* L'épreuve en a été faite par le doc sur une hystérique avec hémianesthésie et amaı présentait depuis plusieurs années une tumeur al déterminant des douleurs vives et des métrorrhag donc bien l'indication proposée par Battey et Heg tirpation de l'ovaire. Elle fut en effet pratiquée lèvement de la tumeur et bientôt les accidents l parurent et les phénomènes hystériques cessèrent dement.

Malheureusement, il n'en est pas toujours a femme atteinte de tumeur de l'ovaire, opérée pa rier, et indemne d'hystérie jusque-là, a présent des crises hystériques très marquées. Ce fait ı doute pas une contre-indication à la castration, c tait un ovaire comme cause de ces accidents pour quer. (*Soc. de chir.*)

**Hystérie chez l'homme.** Elle ne serait pas s l'attribut accidentel de la jeunesse; elle serait tionnelle chez certains hommes, tellement que l Debove en a présenté un exemple chez un homme neuf ans. Une perte de connaissance suivie d'hém de contracture à gauche, en 1881, fut considérée syphilitique, d'après quelques accidents locaux c en Nouvelle-Calédonie. Guéri bientôt, il fut pris d velle attaque en mars 1884 avec hémiparésie et h thésie sensorielle, complète et persistante, de natu festement hystériforme comme la première.

*Un point douloureux dans la fosse iliaque gauch* lant par son siège et ses caractères la douleur ovai

.e hystérique, en était le meilleur caractère chez ce
Déjà signalé en pareil cas par le docteur Joffroy,
t que la pression sur ce point iliaque provoquait un
nvulsif diagnostique, ce signe serait d'une grande
ıce chez les hommes, dès que toute simulation est
car ce fait doit toujours être prévu chez les indi-
rveux, comme ceux-ci. L'existence de cette hyper-
iliaque, signalée récemment à la Société de mé-
e Berlin, doit la faire prendre en considération.
*l. des hôpit.*, 11 avril.)

:re cas en a été observé à la clinique de Nancy,
ar le professeur Spillmann. Un garçon de dix-
dont le père était très irascible et la mère névro-
ec un frère mort aliéné, entre à la clinique pour
se volumineuse de végétations syphilitiques dans
balano-préputial, compliquée d'un phimosis congé-
prononcé. Il est pris d'attaques hystéro-épilepti-
édées d'une aura partant de la lésion du pénis. Six
le une à cinq heures de durée se succèdent en onze
dant le sommeil ou dans la matinée. Elles présen-
périodes distinctes : prodromes, état épileptoïde
par une phase tonique puis clonique. Après une
iant suivant l'intensité de l'accès, il y a résolution
il et amnésie complète.

ɜétations enlevées donnent aussitôt lieu à une
n très marquée dans l'intensité, la fréquence et
les attaques, cessant un mois après pour ne plus
uire.

hésie complète du système musculaire et de la
ensible aux pincements, piqûres, chaud ou froid,
du corps, avec hyperesthésie très marquée du
osé, même pendant les attaques, témoigne des
lu système nerveux chez ce garçon. Une surface
eux pièces de cinq francs, entre les cinquième et
ertèbres dorsales, était insensible au contact et à
. Mais une pression d'une demi-minute suffisait à
r l'accès. La compression de cette zone hystéro-
es testicules n'a jamais arrêté les attaques. (*Thèse*
e par le docteur Mossmann, Nancy, 1882-83,
*Revue méd. de l'Est*, n° 1.)

*analogue a aussi été observé* par M. Bracou chez un

vigoureux domestique de ferme, de vingt-six ans, nouvellement marié, ayant eu auparavant une attaque sur laquelle on n'a pas de renseignements. Il est pris d'une sensation de boule qui, partant du flanc droit, remonte vers le pharynx; il perd connaissance, devient insensible; la respiration est normale, le pouls un peu lent. Au bout de deux minutes surviennent des mouvements cloniques, puis le malade reprend connaissance; pas d'écume à la bouche.

Pendant dix jours, ces accès se reproduisent quotidiennement trois ou quatre fois. La perte absolue de connaissance ferait supposer des accidents épileptiques; mais la sensation de boule indique qu'il s'agit plutôt de phénomènes hystériques, confirmés par le traitement. Le bromure de potassium donné à la dose quotidienne de 8 à 12 grammes est resté inefficace, tandis que des lavements d'infusion de 4 grammes de valériane ont rapidement amené la guérison. (*Soc. méd. de Reims.*)

# I

**INJECTIONS.** La facilité de leur emploi et leur action directe en étendent l'usage de plus en plus. Pratiquées dans le péritoine, elles tendent à se substituer à la transfusion du sang et, faites dans les veines, elles la remplacent de même, comme un grand nombre d'applications dans le choléra l'ont prouvé cette année. (Voy. CHOLÉRA, TRANSFUSION.)

**Injections hypodermiques.** *Hydrochlorate de quinine.* Elles paraissent avoir été, d'après le docteur Rossi, le point de départ d'un tétanos mortel chez un garçon lymphatique de dix-huit ans, atteint d'une phtisie pulmonaire commençante. Ces injections étaient faites chaque jour et même deux fois avec une amélioration constitutionnelle évidente, mais chaque piqûre était suivie, comme d'ordinaire, d'une légère irritation locale avec rougeur et douleur à la pression pendant un à deux jours.

Des accès fébriles s'étant montrés, ces injections furent

épétées deux fois, pendant trois jours consécutifs, au bras t à l'avant-bras du même côté. Quatre jours après la dernière, la piqûre devint rouge et turgide, sans fièvre, malgré es cataplasmes, et le malade se plaignit de faiblesse et de ideur des mâchoires en mangeant. Malgré l'usage du loral, tous les symptômes d'un tétanos s'accentuèrent en uelques heures : trismus, opisthotonos et constriction du harynx empêchant la déglutition. Le chloral à haute dose it donné en lavements, mais les spasmes musculaires du onc devinrent si fréquents et violents, que la mort survint ente heures après le début des accidents. (*Gazz. degli ospi-li*, 7 septembre.)

*Sublimé.* Chez un homme de soixante et onze ans, ayant ibi une ponction sus-pubienne pour rétention d'urine de ause prostatique, William Robertson, trouvant le malade vec la fièvre et la vessie très dilatée, en retira par le cathérisme 8 à 9 *ounces* d'urine décomposée. Il injecta alors ois ounces d'une solution chaude de sublimé au 1000e u'il laissa à demeure trois à quatre minutes. Dès la nuit ivante, miction moins impérieuse; les urines étaient moins oubles et odorantes le lendemain. Cette amélioration s'acentua ensuite. (*British med. journ.*, 17 mai.)

*Caféine.* Ces injections sont préférables à celles d'éther en tant moins douloureuses, par leur action favorable sur la écrétion urinaire et surtout la contractilité cardiaque. Les othinentéries et pneumonies adynamiques, les anémies ost-hémorrhagiques, en sont ainsi justiciables, d'après la ormule suivante du docteur Huchard :

| | |
|---|---|
| Salicylate de soude..... | 3 grammes 10 centigrammes. |
| Caféine..... | 4 grammes. |
| Eau distillée..... | 6 gr. ou q. s. pour 10 centimètres cubes. |

Faire la dissolution au bain-marie; chaque centimètre ube contient 0,40 centigrammes de caféine.

M. Tanret y substitue les deux suivantes :

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude..... | 2 grammes 95 centigrammes. |
| Caféine..... | 2 grammes 50 centigrammes. |
| Eau distillée..... | 6 gr. ou q. s. pour 10 centimètres cubes. |

Chaque centimètre cube contient 0,25 centigrammes d caféine.

| | |
|---|---|
| Cinnamate de soude..... | 2 grammes 10 centigrammes. |
| Caféine..... | 2 grammes 50 centigrammes. |
| Eau. q. s..... | pour 10 centimètres cubes. |

Mêlez. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

*Apomorphine.* Voy. ÉPILEPSIE.

*Acide phénique.* Voy. FIÈVRES PALUSTRES.

**Injections intra-veineuses.** Voy. CHOLÉRA, TRANSFUSI

**INSUFFISANCE AORTIQUE.** *Action du traumatis* Aux 35 faits déjà publiés, et dont plusieurs avaient observés dans la clinique du professeur Potain, un nou exemple s'est ajouté chez un homme de quarante-tu ans, d'une très bonne santé habituelle. En tombant d un escalier, il se fit une contusion violente de la pa supérieure du thorax et perdit connaissance. Des malai et de l'oppression suivirent cet accident, puis des d leurs thoraciques vives avec irradiation dans le petit do Entré d'abord à l'hôpital, il en sortit bientôt améli mais un travail pénible et prolongé ramena vite les d leurs sous-sternales, sous forme d'accès chaque soir. L'e men montra une augmentation considérable du volu du cœur et une insuffisance aortique avec un bruit souffle rude, extrêmement intense, au lieu d'être doux aspiratif comme on le rencontre ordinairement. Tous autres phénomènes fonctionnels de cette lésion, y com des vertiges très marqués, existaient à un haut degré.

L'action du traumatisme ne peut être mise en doute d ce cas, en le rapprochant d'autres déjà cités. Tel ce joc faisant une chute de cheval et se frappant violemment poitrine contre le sol; un terrassier subissant un traum tisme du même genre dans une chute violente; un tam de wagon provoqua le traumatisme chez un homme d'équi Pour deux autres, le choc résulta, pendant une lutte, d violent coup de tête de l'adversaire.

Chez presque tous ces malades, il se produisit, bien après l'accident, de l'oppression, des palpitations et d

douleur; chez quelques-uns cependant, les phénomènes furent plus tardifs et ne se manifestèrent que quelques jours après, sous l'influence d'un travail et d'efforts violents.

La rupture d'une valvule résultant du traumatisme se caractérise aussitôt par les signes de l'insuffisance dont le souffle est surtout d'une rudesse considérable. Il s'entendait à une certaine distance du malade dans un cas de ce genre. Un effort violent ou une course prolongée ont produit aussi cette rupture.

Le pronostic est le même que dans l'insuffisance ordinaire. La lésion peut rester stationnaire pendant très longtemps, et les malades par un repos suffisant se maintenir dans un état satisfaisant. Mais le travail phlegmasique qui se fait au niveau de la rupture peut aussi s'étendre du côté de l'aorte ou de la mitrale, et compliquer alors singulièrement le pronostic.

Dans cette forme d'insuffisance, le repos, l'immobilisation, ont une grande importance, et, si l'on a lieu de craindre la propagation du travail inflammatoire, on doit avoir recours principalement à l'emploi des révulsifs. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

# K

**KYSTES.** *Dans les os,* le professeur Billroth ne les a jamais rencontrés que sur le tissu spongieux, où il en distingue deux types. Dans le premier, le tissu osseux et médullaire disparaît par une sorte de ramollissement. La formation des articulations, de l'antre d'Highmore, des sinus frontaux, est l'exemple de ce processus qui s'observe pathologiquement dans les enchondromes et les sarcomes. Dans le second, il y a accumulation de liquides dont la pression repousse les couches osseuses vers la périphérie, comme dans les kystes dentaires. Un autre exemple en est fourni par les échinocoques osseux. (*Soc. méd. de Vienne,* février.)

**Kystes hordéiformes.** Dans la paume de la main comme au poignet, le professeur Duplouy, de Rochefort, après une ouverture aux deux extrémités, pousse à l'intérieur avec une seringue à hydrocèle une solution phéniquée à 2 et demi pour 100 qui, entraînant violemment les grains, les projette au dehors. 20 à 30 pointes de feu pénétrant profondément sont faites ensuite à la surface et un pansement de Lister complète cette petite opération. Pratiquée il y a deux ans chez deux malades, elle a prévenu jusqu'ici la récidive. (*Congrès de Blois.*)

**Kystes hydatiques.** L'*influence du traumatisme*, signalée l'année dernière sur leur production, est encore démontrée par deux nouveaux faits observés par le docteur E. Schwartz. Un violent coup de pied de cheval reçu en 1861 à la partie inféro-externe de la cuisse, immédiatement au-dessus du genou, fut l'origine du premier. Une tuméfaction locale en résulte en 1871, grosse comme une noisette. Elle reste stationnaire pendant dix ans, pour augmenter ensuite en s'élevant avec des douleurs vives qui obligent d'interrompre le service de cocher. Fluctuation sans bruit anormal à la fin de 1883. Une ponction exploratrice amène du pus crémeux. Large ouverture le 2 novembre donnant issue à un litre de pus, sans aucun corps étranger, ni dénudation du fémur. Vingt-deux jours après, l'opéré sortait de la Maison municipale de santé, presque guéri... en apparence.

Mais bientôt il rentre à l'hôpital Beaujon, où M. Tillaux constate au même endroit une tumeur allongée, bilobée, grosse comme un œuf de poule, sans changement de couleur de la peau ni douleur à la pression. Fluctuation manifeste avec crépitation de grains riziformes. L'extirpation, pratiquée le 16 janvier 1884, montre un kyste à parois épaisses et inégales de 10 centimètres de long sur 8 de large, formé de trois poches contenant un liquide clair avec des vésicules blanches, molles et diaphanes. L'opéré sortait guéri le 4 février.

Ce kyste traumatique avait donc mis plus de dix-neuf ans à se développer et il en était à peu près de même chez un employé de commerce de quarante-deux ans. Traité dans plusieurs hôpitaux pour une arthrite coxo-fémorale terminée par ankylose, il entrait à Saint-Louis

avec un abcès ossifluent au pli de l'aine. Ouvert le 1er décembre 1882, cet abcès donne issue à une grande quantité de pus mélangé d'une multitude de petits fragments nécrosés venant de l'os iliaque. Malgré le curage de la cavité et une exploration attentive, rien autre n'avait été perçu, lorsque, le vingtième jour, cinq à six vésicules hydatiques vides s'échappent par le drain. La mort par septicémie, survenue le 7 janvier 1883, permit de constater un kyste hydatique de l'os iliaque détruit presque complètement avec la partie supérieure du fémur. Il avait développé, comme le premier, la suppuration autour de lui. (*Archiv. de méd.*, mai.)

De là les allures particulières de ces kystes et la difficulté de leur diagnostic, même dans l'accouchement. (Voy. *ce mot.*)

*Ceux de la prostate* s'affirment par de nouveaux faits. Chez un homme de 59 ans, ayant eu souvent des rétentions d'urine, le docteur Millet constate une vaste tumeur dans la région prostatique et la fosse iliaque. Après plusieurs ponctions vésicales, le cathétérisme du malade, avec un cathéter solide, donna issue à 700 grammes de liquide avant d'arriver dans la vessie. Des crochets y furent rencontrés. La poche s'enflamma, se vida par le rectum et le malade guérit.

Malgré la difficulté du diagnostic, M. Nicaise a pu collecter 33 faits analogues avec les résultats suivants:

9 malades sont guéris spontanément.
12 sont morts de rétention d'urine.
13 de complications inflammatoires simples.
6 interventions. { 5 guérisons. 1 mort.

16 de ces 33 malades présentaient d'autres kystes hydatiques dans les organes; ce qui peut aider au diagnostic. 4 fois seulement, le siège exact en a été placé dans la prostate. Mais, le plus souvent, ils se trouvent dans le tissu cellulaire ambiant et en rapport avec le rectum, la vessie, etc. La densité du tissu de la glande ne s'oppose pas d'ailleurs à ce qu'ils s'y développent, comme le fait de M. Tillaux en est la preuve. (Voy. *année* 1883.) Il s'agit donc de préciser leur siège en les explorant avec plus d'attention. (*Soc. de chir.*)

**Kystes de l'ovaire.** *Diagnostic.* Il est parfois impossible, même par le toucher et la palpation, sans que la ponction puisse les distinguer des tumeurs kystiques de l'utérus. Un exemple, opéré à la Maison municipale de santé Dubois par le docteur Ed. Schwartz le 24 septembre, en offre la preuve. C'était une grande femme de cinquante-quatre ans, très amaigrie, aux traits pâles et tirés, dont la tumeur considérable et uniforme de l'abdomen, remontant au commencement de 1882, avait coïncidé avec la suppression des règles. Fluctuante et mate dans toute son étendue, sans saillie ni inégalité, cette tumeur n'imprime par la palpation aucun mouvement à la matrice mobile, ni par le toucher de celle-ci à la tumeur. Le développement s'étant fait de droite à gauche, un kyste de l'ovaire à grandes loges est diagnostiqué, d'accord avec plusieurs chirurgiens de Marseille et des hôpitaux de Paris. Une ponction avec le trocart n° 2 ayant donné 10 litres environ d'un liquide couleur chocolat, légèrement filant, semblait confirmer ce diagnostic par le soulagement et l'amélioration rapide que la malade en éprouva; tandis qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur kystique du fond de l'utérus, composée de deux grandes loges, séparées par une mince cloison, adhérentes partout à droite et à gauche, et dont le pédicule, gros comme le poignet, était formé par le fond même de l'utérus. Une véritable hystérectomie en résulta par la fixation du pédicule au dehors. Grâce aux précautions rigoureusement antiseptiques employées, et malgré quelques complications opératoires, cette femme guérit et quitta l'hôpital le 15 novembre. Un diagnostic précis du siège du kyste est donc impossible en pareil cas. (*Revue de chirurg.*, avril.)

L'un des plus rares exemples a été constaté par le docteur Giddings, chez une femme de quatre-vingt-dix ans et huit mois, dont le début, par le développement de l'abdomen, ne datait que d'une année. Une première ponction faite le 10 avril dernier a donné seize livres de liquide et une seconde le 9 août en a donné quinze. Le lendemain étant l'anniversaire de sa quatre-vingt-onzième année, l'opérée a reçu plusieurs visites en s'occupant activement de l'élection présidentielle. (*Boston med. and surg. journal*, n° 18.)

En se rapprochant des cas observés chez des enfants, ce

fait est encore plus étrange et exceptionnel à la loi du développement de ces kystes pendant la vie sexuelle de la femme, soit de vingt à cinquante-cinq ans. Il est vrai qu'en se montrant après la ménopause, il est toujours permis d'admettre qu'ils se sont développés antérieurement, puisque leur présence même dans deux ovaires n'exclut pas absolument la menstruation. Leur présence rudimentaire, constatée par Aveling avant la naissance, est aussi extraordinaire. Dès que l'organe existe, la maladie ne choisit pas l'âge pour se développer.

**Kystes para-ovariens.** *Diagnostic différentiel.* En soumet-ant deux de ces opérées guéries, comme c'est la règle en areil cas, à l'*Obstetrical society*, de Philadelphie, le doc-eur Goodell a donné un nouveau signe physique, apparent, our les distinguer des autres tumeurs de l'ovaire. C'est 'absence complète du *facies ovariana*, qui se rencontre hez la plupart des femmes atteintes de kystes avancés de 'ovaire. Quoique l'une de ces opérées en fût atteinte à ix ans, la couleur de ses joues était bonne et elle n'avait as l'expression anxieuse qui se remarque chez les autres. a détérioration de sa santé n'était même pas aussi frap-ante, non plus que chez la seconde ; ce qui forme une istinction importante. La compressibilité de ces kystes en t un autre caractère. Tandis qu'à l'inspection ils sem-lent atteindre le sternum et remplir tout l'abdomen, la ain appliquée en haut peut les déprimer jusqu'au niveau l'ombilic. Les kystes de l'ovaire sont au contraire durs incompressibles. Cette différence souffre de très rares ceptions, comme la récidive après la ponction, si com-une dans ceux-ci, ne s'observe guère dans ceux-là. Leur érison suit ainsi la ponction d'ordinaire et l'on peut la évoir à la limpidité incolore du liquide, sinon sa légère inte émeraude. L'absence d'adhérences, ou leur facile estruction lorsqu'il en existe, rend d'ailleurs leur extirpa-on facile et sûre.

Toutefois, il est rare que l'ovaire opposé à ces kystes ra-ovariens ne soit pas malade et puisse être conservé. Ils aient hypertrophiés ainsi que la trompe correspondante ans ces deux cas ; c'est la complication la plus grave de s kystes. (*Med. and surg. Reporter*, 5 janvier.)

L'*absence de crochets* dans le liquide de la ponctio un autre caractère plus spécifique. Clair et limpide, crochets, ce liquide, de 1800 grammes environ, fut par le docteur Jeannel (de Vendôme) d'un kyste un laire. Un mois après, il s'était reproduit, contrairem ce qui s'observe. L'auteur fit suivre alors la seconde tion d'une injection phéniquée au 100e et injecta e 560 grammes d'une solution de teinture d'iode à 5 L'aspiration totale de ce liquide fut impossible; il en 87 grammes et les accidents les plus redoutables s'en rent avec refroidissement prolongé pendant onze he L'opérée se rétablit cependant, sans reproduction du liq

D'où l'indication de ne pas recourir à l'aspiratio pareil cas, et de préférer l'ovariotomie à ces injection que le liquide se reproduit après une ou deux pon simples. (*Soc. de chir.*, mars et 23 juillet.)

La rareté de ces kystes résulte de la statistique du do Terrillon. Sur 33 ovariotomies, il a rencontré 2 kystes ovariens, soit 6 % environ. Voy. OVARIOTOMIE.

**Kystes sébacés.** Voy. TUMEUR DE L'OMBILIC.

# L

**LITHOTRITIE.** Bigelow a dit, en inventant sa mét Donnez le chloroforme à résolution et vous pourrez bri pierre facilement par des manœuvres prolongées, mê plusieurs heures, à la condition d'enlever immédiate tous les fragments, avec des instruments appropriés. aurez libéré la vessie de la pierre en une séance; le p ne sera plus forcé de suivre un traitement long et p et les dangers seront moindres pour lui que par la mé ancienne.

Une pratique différente tend à prévaloir en F d'après les leçons mêmes et l'exemple du professeur G Sans promettre toujours une séance unique, il la pro suffisamment, sans exagération, en faisant un grand bre de prises, broyant d'abord avec le lithotriteur à

fenêtrés, puis avec celui à mors plats. Des injections avec une seringue évacuent les résidus poussiéreux et il n'applique l'aspirateur et le lavage que pour les fragments plus gros, alors que l'opéré commence à se réveiller et que la vessie reprend sa contractilité. Une sonde évacuatrice à grande courbure, ayant deux yeux latéraux, est employée à cet effet. De là des résultats remarquables. Au lieu de 33 0/0 de fièvre consécutive, il n'a plus qu'une proportion de 5,7 et la mortalité est descendue au-dessous de 5 0/0.

Le broiement est ici le point capital de l'opération par ce perfectionnement, tandis qu'il consiste surtout dans l'évacuation des fragments pour Bigelow. La théorie aussi bien que la pratique sont dès lors toutes différentes. Celle-ci peut être exécutée plus facilement sans doute par tous les chirurgiens, celle-là exige particulièrement la main habile et adroite d'un spécialiste.

Trois lithotrities pratiquées en peu de temps suivant cette dernière méthode par M. Lucas Championnière lui en ont montré les avantages. En rentrant dans les habitudes chirurgicales actuelles, de chloroforme et de soins attentifs donnés sans préoccupation de la douleur ni des mouvements, cette opération longue échappe aux spécialistes aussi bien que la taille hypogastrique pour les grosses pierres. Ces deux opérations paraissent devoir rentrer de plus en plus dans l'exercice régulier de la chirurgie. L'expérience et l'habileté personnelle sont sans doute indispensables, mais, en étant pratiquées suivant les règles générales, elles n'ont plus la technique mystérieuse des spécialistes. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 12 694.)

Sur 23 litholapaxies, le docteur Andrews n'accuse qu'une seule mort. Il attribue ce résultat à son procédé de remplir la vessie d'eau phéniquée qui, en engourdissant les nerfs, prévient le shock et l'inflammation. Il pense même qu'il serait bon d'essayer à cet effet l'emploi d'une solution de cocaïne, dont l'action anesthésiante sur les muqueuses pourrait permettre la lithotritie sans anesthésie préalable. (*Chicago med. Society*, 10 novembre.)

D'après von Bergmann de Berlin, la taille hypogastrique est préférable à la litholapaxie en permettant seule l'évacuation absolue et certaine de tous les calculs. Il l'a prati-

quée dix fois, toujours avec succès, même sur des sujets de plus de soixante-dix ans. Mais il est aussitôt réfuté par Kuster qui, employant cette taille pour extraire un débris de sonde, méconnut la présence d'un petit calcul enchatonné dans un diverticule constaté à l'autopsie. (57e *Congrès des naturalistes et méd. allemands*, septembre.)

**LOCALISATIONS CÉRÉBRALES.** *Arrêt de développement des enfants.* Des observations et des autopsies permettent au docteur A. Voisin de dire que le retard dans la marche, la précision et l'habileté des mouvements des membres, observé chez certains enfants, est causé par l'arrêt de développement intra-utérin et l'atrophie des circonvolutions frontales ascendantes et des premières pariétales, principalement à la moitié supéro-interne.

Ces malades ont présenté d'autres phénomènes qu'il est bon de retenir pour des observations ultérieures :

Le retard dans la parole;

La gêne et la gaucherie des mouvements des membres supérieurs;

La maladresse des mains;

L'impossibilité ou la difficulté d'apprendre à écrire;

Les vices de conformation et l'asymétrie des oreilles;

Le développement incomplet des pieds et l'incontinence d'urine jusqu'à une période plus avancée de l'adolescence. (*Acad. de méd.*, juin.)

**Localisations motrices.** Les contradictions à ce sujet, résultant des observations cliniques avec les expériences des physiologistes sur les animaux, s'expliquent, d'après le professeur Pitres, par la différence des rapports qui unissent le cerveau à la moelle chez les vertébrés. Tandis qu'une grande partie des fibres des régions motrices de l'écorce cérébrale dans l'espèce humaine se prolongent directement dans la moelle épinière, où elles se terminent, il a constaté qu'elles s'arrêtent dans les noyaux gris de la protubérance et du bulbe chez le chien et le chat, de même que chez le lapin et le cobaye. Les lobes cérébraux chez le pigeon et la poule n'étant pas réunis par des faisceaux distincts aux parties sous-jacentes de l'axe nerveux, il ne saurait y avoir de ces localisations. (*Acad. des sc.*, juillet.)

# M

**MALADIES.** Elles sont encore fréquemment confondues vec les *affections*, sans préciser la différence de ces deux ıots. Suivant l'école de Montpellier, celles-ci seraient l'exression générique de celles-là. L'affection, dit Chauffard, st la maladie dans sa conception vivante, sa cause vraie, ı raison adéquate, son principe prochain. Ce langage vaue et sonore du vitalisme, dont Chauffard et M. Raynaud nt été les derniers et éloquents interprètes à Paris, ne ermet pas d'en saisir la signification exacte et différenielle. Il est donc intéressant de montrer comment l'école ositiviste actuelle de Paris précise et différencie ces deux ıots, d'après le docteur Hallopeau, l'un de ses plus jeunes t ardents représentants.

D'accord avec les anciens Grecs, qui suivant Platon désinaient les troubles de la santé par le terme générique πάθος, raduit en latin par *affectus*, les positivistes actuels appelent affections les états morbides considérés en eux-mêmes, ıdépendamment des conditions dans lesquelles ils se préentent. Cette interprétation est consacrée par le langage ourant, en comprenant sous ce nom le foie cardiaque, les ıeumonies secondaires, l'arthropathie tabétique, et autres ffections auxquelles le terme de maladie ne saurait conenir.

Il n'y a donc pas opposition entre les affections et les aladies ainsi comprises : les *affections* représentent les oubles de la santé considérés dans leurs rapports avec les ocessus morbides, comme la pneumonie, l'angine et la ıngrène; tandis que les *maladies* sont les mêmes troubles nsidérés dans l'ensemble de leur évolution et leurs rapırts avec la cause qui les domine, comme la variole, la ıeumonie *a frigore*, la diphthérie, etc.

La cause initiale fait en effet l'unité de la maladie. Cette oposition incontestable pour les infections et les intoxiıtions ne l'est pas moins pour les maladies accidentelles diathésiques. Si une cause unique, le refroidissement,

peut produire des maladies différentes, l'ensemble pathologique en résultant n'en est pas moins primitif, d'après cette cause suffisante, complète et prochaine. Le refroidissement qui provoque en apparence la pneumonie n'en est pas la cause suffisante, quand d'autres éléments spéciaux interviennent, la prédisposition notamment. L'action combinée de l'influence accidentelle du froid sur la prédisposition ne rend pas moins celle-ci directe. D'où le nom d'affection surtout quand cette prédisposition est une diathèse, comme dans beaucoup de cas de pneumonie franche. (*Traité élémentaire de pathologie générale.*)

Cette distinction, aussi subtile et la même que celle des vitalistes, nous semble devoir être établie plus précise et plus exacte : en disant que toute cause immédiate et unique, produisant un trouble de la santé, est de la maladie; toutes les autres sont des affections.

*Pathogénie bacillaire.* En empoisonnant des poules avec les bacilles du jéquirity, le professeur Cornil et M. Berlioz ont constaté que des abcès caséeux du tissu cellulaire, des inflammations chroniques scléreuses persistaient pendant très longtemps, alors que les bacilles, cause initiale de ces lésions, ont été éliminés ou détruits depuis plusieurs mois. Une fois formées, ces lésions évoluent indépendamment des micro-organismes et sans eux. Les tissus altérés, dans les maladies chroniques d'origine bactéridienne, peuvent donc ne pas présenter de bactéries; ce qui explique comment, dans les lésions chroniques de la tuberculose, on ne trouve pas toujours une quantité de bacilles proportionnée à leur diffusion et leur intensité. Appliquée à l'anatomie pathologique humaine, cette nouvelle donnée des poules va donc servir à expliquer des affections parasitaires sans parasites. La généralisation de la théorie microbienne n'en sera que plus facile. (*Acad. de méd.*, 5 février.)

*Investigation collective internationale des maladies.* Cette dissémination universelle de la science, pour laquelle ce modeste *Dictionnaire* a été fondé, paraît devoir se réaliser complètement par les Congrès internationaux. Déjà en vigueur en Allemagne et en Angleterre, où l'Association médicale britannique publie annuellement le *collective in-*

*tigation Record*, aux États-Unis et dans la Scandinavie, projet de l'étendre à tous les autres pays qui voudront en e partie s'en est suivi. Sur la proposition de quatre mem- s des principales nations, réunies au Congrès interna- nal de Copenhague, dans son assemblée du 14 août 1884, Comité s'est constitué pour la nomination d'un ou deux mbres pour chaque pays, chargés de préparer l'opinion dicale par la voie de la presse sur la réalisation de ce te projet. Les professeurs Bouchard, de Paris, et Lépine, Lyon, ont été nommés pour représenter la France à cet t. Il n'y a donc qu'à applaudir une si grande entreprise t le but, en uniformisant la science de l'art de guérir, de faire régner ses conquêtes et ses applications nou- es dans le monde entier.

*es maladies puerpérales*, par le docteur Siredey, méde- de l'hôpital Lariboisière; un vol. in-8°, Paris.

'ruit de longues observations dans un service spécial, ce e, loin d'exprimer des idées classiques, les contredit tôt par son originalité. Il montre qu'il n'existe pas de re puerpérale essentielle et que toutes les maladies des mes en couches se rattachent constamment à deux es cliniques, distincts ou associés, correspondant à la alisation primitive des lésions sur les lymphatiques ou les veines de l'utérus. La femme en couches est sim- ment une malade atteinte d'une plaie, une blessée, et, me telle, exposée à toutes les complications des plaies rurgicales. Elle ne trouve pas en elle-même les germes la septicémie : toujours l'observation démontre la con- ion, la transmissibilité des maladies puerpérales, l'infec- n des accouchées par le contact médiat ou immédiat de stances organiques en putréfaction. De là l'intérêt de idées nouvelles. Elles ont été accueillies par un succès tant : l'élection de l'auteur à l'Académie de médecine tre un concurrent redoutable.

**laladies simulées chez les enfants.** La mauvaise in- nce de parents trop empressés à s'inquiéter avec excès la santé de leurs enfants et à les plaindre au moindre o est bien connue partout. Les enfants gâtés et malin- s sont surtout l'objet de cette attention excessive, les

filles en particulier. De là ces natures nerveuses, capricieuses, volontaires, ne craignant pas de mentir pour faire croire à un mal imaginaire. La surdité, la cécité, la céphalalgie ou migraine, les douleurs des membres ou de la poitrine, les palpitations, la dyspnée, une toux spasmodique, des vomissements, la faiblesse des membres, des contractions cloniques, la paralysie, des convulsions sont simulés tour à tour par ces petites filles maniérées, dès qu'elles sont en contact avec ceux qui souffrent réellement de ces troubles nerveux. De nombreux exemples en sont rapportés à l'appui par le docteur Eross pour les avoir observés à l'hôpital de Budapest, chez des enfants de 6 à 13 ans ainsi convaincues de simulation. Le mieux, en pareil cas, est de les prendre au sérieux en les soumettant aux épreuves ou aux appareils les plus désagréables pour les faire renoncer bientôt à leur simulation. (*Jahrb. für Kinderheilk.*)

**MÉDECINE LÉGALE.** *Droit de réquisition.* Il n'est pas absolu, d'après le jugement suivant rendu par le suppléant du juge de paix de Montaigu, le 31 mai dernier, en faveur du docteur A. Gouin qui avait refusé le 7 mars précédent d'obtempérer à la réquisition du juge de paix même.

Le tribunal,

« Vu le procès-verbal susdaté, et ouï le prévenu en ses explications et le ministère public en ses conclusions :

Attendu que la médecine légale est une science qui exige des études spéciales; que chaque tribunal doit avoir un médecin légiste assermenté;

Attendu que la loi ne peut être attentatoire à la liberté et à la dignité du médecin qui ne veut pas être expert ou n'en a pas la capacité; que le législateur a agi équitablement en ne précisant pas une obligation absolue pour cette fonction;

Attendu que si l'autorité judiciaire a le droit de requérir le sieur Gouin en sa qualité de citoyen français, elle n'a pas le droit de le requérir à titre de médecin légiste;

Par ces motifs, renvoyons le prévenu des fins de la poursuite, sans amende ni dépens. »

Il serait intéressant pour tous les praticiens de connaître les suites de cette décision qui est manifestement en oppo-

ition avec celle du juge de paix. Autrement, il n'aurait pas oursuivi son justiciable pour son refus. (*Lyon méd.*)

*Secret professionnel.* Il est souvent difficile à observer par es médecins des Compagnies d'assurances exigeant la vérité ur les maladies des assurés, en cas de vie comme en cas le mort. Un assuré mourut de phtisie pulmonaire après voir payé une prime. La veuve supplia le médecin de ne as indiquer sur le certificat la mention de phtisie, mais elle de bronchite chronique, sans quoi, disait-elle, elle ne erait certainement pas payée. Le médecin se trouvait donc lans l'alternative ou de nuire aux intérêts de sa cliente, ou le ne pas dire dans le certificat toute la vérité. Un homme ui s'adonnait à des débauches de tout genre mourut des uites de ses vices. Le médecin, sollicité par les Compagnies et par la famille également, refusa de donner aucune indication sur la cause réelle de la mort de son client, et les Compagnies payèrent.

Consultée sur ces faits par le docteur Gibert (du Havre), la Société de médecine légale, sur le rapport de M. Georges Rocher, a été d'avis que les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de délivrer des certificats indiquant a nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs lients et les circonstances dans lesquelles il est mort. Elle déclare toutefois que cette règle n'est pas imposée comme une obligation, mais un conseil de conduite convenable et igne. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale.*)

*Syphilis transmise par le nourrisson à sa nourrice.* La responsabilité des parents à cet égard a été considérée jusqu'ici comme absolue et sans restrictions. L'un des époux ait toujours en effet qu'il a été malade, infecté, sinon tous es deux, et que leurs enfants, empoisonnés de ce mal à eur naissance, qu'ils en portent ou non les traces, courent e risque de le transmettre fatalement à une nourrice étrangère. Ils ne doivent donc jamais les mettre en nourrice, ans encourir la responsabilité de cette transmission du nal et des réclamations judiciaires qui pourront s'ensuivre. De nombreux jugements ont établi ce principe.

Une nouvelle interprétation de ce fait par la cour de Paris a changé cette jurisprudence dans le cas suivant. Une

dame veuve R... prend, à la fin de novembre 1880, un nourrice pour son nouveau-né qui, atteint de syphilis con génitale, la communique bientôt à sa nourrice et celle-c à son mari et à deux de ses enfants, dont le dernier une fille, est née syphilitique. De là l'instance des épou M. devant le tribunal civil de la Seine en 1882, demandan 10,000 francs de dommages-intérêts pour le préjudice irré parable qui leur a été causé par le nourrisson R. à eux e leurs enfants, par cette infection syphilitique; les malade s'offrant à un examen de médecins experts pour justifie leur demande.

Les docteurs Guibout, Mauriac et Brouardel, commis à ce effet par jugement de la quatrième chambre du 12 octobr 1882, établissent, dans leur rapport du 20 février 1883, qu le nourrisson a communiqué la syphilis à sa nourrice d'après ce fait résultant de l'enquête : que cet enfant, à s naissance, était en mauvaise santé, avait le corps couver de gourmes — fait reconnu par la mère — des boutons à la pointe des pieds et aux parties, et des tumeurs sur le hanches. Ces signes constituaient donc la preuve d'une syphilis congénitale.

Mais les juges ne virent pas là le délit formellement établi par l'article 1382 du code civil; ils ne le virent même pas dans l'article 1383 sur la négligence et l'imprudence coupable de la mère d'avoir donné son enfant malade à allaiter à une nourrice saine, sans s'assurer préalablement de la nature du mal. Le fait seul d'avoir su positivement que son enfant était atteint d'une syphilis contagieuse pouvait constituer une faute, en causant sciemment le préjudice et les plus graves dommages dont les plaignants lui demandaient compte. Or les médecins experts ne pouvant affirmer que cette mère avait eu connaissance de la nature spécifique de la maladie de son enfant et le docteur Donoy, qui l'avait visitée en janvier 1881, n'ayant pas constaté qu'elle fût atteinte de ce mal, ni qu'elle sût que son enfant en était infecté, les juges conclurent que, dans l'ignorance de ces faits, la femme R. n'était pas responsable du mal grave qu'elle avait commis par l'infection de toute une famille, ni même de sa négligence et son imprudence à la prévenir. Les victimes furent ainsi déboutées de leurs réclamations et condamnées aux frais de l'instance.

Ce jugement, rendu en opposition à la jurisprudence et la lettre même des articles 1382 et 1383 du code civil, fut :appé d'appel devant la cour de Paris, dont la quatrième hambre réforma la teneur par arrêt du 17 janvier 1884, ous la présidence de M. Sénart. Considérant que la mère vait connu l'éruption que son enfant présentait sur le orps au moment de sa naissance et que, tout en en ignoant la nature syphilitique, elle avait négligé et méconnu son evoir de s'en assurer avant de le remettre à une nourrice; que, par cette faute, elle avait entraîné l'infection de toute ne famille dont elle était responsable. D'où sa condamation à 2000 francs de dommages-intérêts en faveur des ictimes et aux frais du procès, avec restitution de l'amende nfligée aux demandeurs en première instance. (*Ann. d'hyg. t de méd. légale*, mars.)

Malgré la justice tardive rendue par cet arrêt, il est à emarquer qu'il s'appuie exclusivement sur la faute de la nère d'avoir négligé de s'assurer de la nature contagieuse le la maladie congénitale de son enfant. Il n'y en a d'ailleurs guère d'autre. Le tribunal en a fait la seule cause le la responsabilité, alors que celle-ci était établie auparaant par la transmission de la syphilis du nourrisson à la ourrice d'après l'article 1381. La responsabilité des paents existait ainsi dès qu'il y avait dommage et préjudice, t il ne saurait en être autrement, car des parents exempts le toute manifestation syphilitique, et inconscients qu'ils nt transmis à leur enfant le germe d'une affection contaieuse, peuvent causer ce dommage. C'est donc à cette urisprudence, cette responsabilité qu'il faut s'en tenir pour bliger les parents, susceptibles de communiquer ce germe i fatal à leurs enfants, à les élever eux-mêmes ou à les ourrir artificiellement au lait de vache ou de chèvre et ncore mieux d'ânesse, plutôt que de les confier à une ourrice étrangère, pour ne pas encourir la responsabilité e cette infection.

*Sur la médecine légale en Chine*, par le docteur Martin; un ol. Paris. Notre conquête du Tonkin donne une valeur 'actualité à cet ouvrage en France. C'est la traduction du *i-yuen-lu* où sont résolues les diverses questions de jurisrudence médicale, les poisons, le suicide, l'avortement, les

expertises médico-légales, les périodes de responsabilité des blessures, la responsabilité des magistrats dans les enquêtes, celle des médecins. L'esclavage et l'échelle de la criminalité établie par le code, la folie dans ses rapports avec la médecine légale, le viol, la sodomie, la procédure criminelle et bien d'autres questions, sont traitées dans ce volume avec des notes de l'auteur leur donnant une solution. De là son intérêt.

**MÉNINGITE.** *Douleur de la cuisse.* Une extrême sensibilité à la pression du fémur, à l'exclusion de toute autre partie des extrémités, est signalée par le *Medical Times* de Philadelphie comme signe adjuvant de *méningite tuberculeuse*, d'après le docteur Ott qui l'a constaté dans deux cas. Cette observation a d'autant plus d'importance qu'elle n'est pas nouvelle. Le professeur Lasègue l'avait déjà faite, comme il l'a rappelé dans une de ses leçons cliniques, à l'occasion du fait suivant.

Une jeune fille était entrée dans son service avec surdité, prostration et stupeur, sans troubles intestinaux ni thoraciques. En procédant à l'exploration par la pression de la cuisse, elle poussa un cri violent de douleur; douleur bien différente de celle du rhumatisme articulaire localisée au niveau des attaches des muscles, tandis que celle-ci a lieu dans leur corps même.

Joint aux autres accidents, ce symptôme constituait un élément important de diagnostic, en l'ayant déjà constaté antérieurement chez une jeune malade présentant quelques phénomènes méningitiques. En explorant la peau pour y faire naître la tache méningitique de Trousseau, il vint à exercer une certaine pression sur la cuisse. Elle poussa un cri de douleur indiquant une hyperesthésie qui n'existait nulle part ailleurs.

Une autre malade, se plaignant de douleurs spontanées dans les membres inférieurs, présentait ce phénomène dans le même point de la cuisse à un degré moins marqué. Mais ce signe était des plus nets chez une femme de 20 ans, atteinte de fièvre avec céphalalgie violente et délire. Plongée dans un état semi-comateux, elle se redressa brusquement à la pression de la cuisse.

Des douleurs analogues sont décrites par le professeur

ıs la syphilis cérébrale, parmi les troubles de la sensibi-
; générale, fourmillements ou engourdissements des
mbres, douleurs fixes ou mobiles, névralgiques, récidi-
ıtes. Elles se manifestent trop souvent comme prodromi-
:s ou symptomatiques de lésions cérébrales pour ne pas
r une étroite relation entre elles et fournir un précieux
ment de diagnostic. Un jeune homme traité par lui avec
.. Charcot et E. Labbé, pour une encéphalo-méningite
ıidement mortelle, présentait une douleur si violente de
:uisse droite que l'on rechercha à plusieurs reprises s'il
xistait pas une lésion locale, comme abcès, périostite ou
éite. Un examen minutieux ne décela rien et cette dou-
r inexpliquée se rattachait évidemment à l'affection
ébrale. C'est donc un signe à consulter en pareil cas.
*urn. de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

**Méningite tuberculeuse du lobule paracentral.** Elle
:aractérise chez les tuberculeux par l'apparition progres-
: d'une paralysie motrice du membre inférieur avec mou-
ıents convulsifs parfois. L'envahissement successif du
mbre supérieur et de la face marque son extension.
st là un signe pathognomonique dont le docteur Du-
lel a observé un exemple récent à l'hôpital Tenon sur
charpentier de quarante-trois ans. Un mois après l'ap-
ition de ce symptôme, l'autopsie montrait à la partie
érieure de l'hémisphère cérébral gauche une plaque de
ıingite tuberculeuse d'un à deux millimètres d'épaisseur
ouvrant la totalité du lobule paracentral, sans rien de
ıblable dans les autres parties du cerveau. Six faits
logues, publiés dans ces dernières années, sont cités ou
pelés à l'appui de cette preuve des localisations céré-
les. (*Gaz. hebd.*, n° 27.)

*Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*, thèse inau-
ale par le docteur A. Chantemesse, Paris. S'appuyant sur
observations avec autopsie, l'auteur la divise en primi-
:, secondaire et cérébro-spinale. Des localisations céré-
les motrices, se traduisant par des convulsions ou des
alysies, caractérisent les premières. En l'absence ou l'ef-
:ment des autres signes de la méningite, la tuberculose
:e inaperçue. Lorsqu'elle est reconnue, les symptômes

cérébraux la font encore attribuer faussement à des manifestations méningées secondaires. C'en est assez pour montrer tout l'intérêt du travail.

**Pseudo-méningite** *coïncidant avec la surdité chez les enfants.* Des accidents méningitiformes : vomissements, état nauséeux, renversement de la tête en arrière, grimacements, grincements des dents, crispations des mâchoires, convulsions des yeux, alternatives de rougeur et de pâleur, chaleur de la tête, élévation de la température générale, convulsions, accès épileptiformes, apparaissent au début de la surdi-mutité avec incapacité de marcher, sans être, d'après le docteur Boucheron, la conséquence d'une méningite cérébro-spinale. Une violente excitation des nerfs labyrinthiques suffit à les produire, comme il en explique le mécanisme en donnant comme preuve à l'appui les deux faits suivants.

Un enfant de 8 ans est pris d'une sorte de méningite qui le laisse absolument sourd, incapable de marcher et même de se tenir debout, tout en conservant son intelligence. Cet état dure six semaines. De l'air est insufflé ensuite dans la caisse du tympan et, séance tenante, l'enfant peut se tenir debout, marcher et retourner chez lui à pied.

Plusieurs enfants étaient affectés de divers troubles nerveux. Les uns poussaient des cris violents, sauvages, comme hydrencéphaliques. Les autres étaient pris de colère furieuse, avec impulsion irrésistible de frapper leurs parents ou eux-mêmes, de briser les objets à leur portée, quelques-uns dénués d'affection même pour leur mère. Tous ces phénomènes pseudo-méningitiques, concomitants de la surdité, disparurent avec elle et même avant elle, après quelques insufflations d'air. L'hypothèse d'une vraie méningite ou d'une otite labyrinthique primitive est donc inadmissible dans ces conditions. (*Acad. des sciences*, 2 juin.)

**MYÉLITES.** Après avoir localisé ces inflammations de la moelle à outrance, d'après la loi même de Ch. Bell et les progrès des études micro-histologiques, l'étude clinique force à reconnaître de plus en plus que les types les mieux définis et fixés se confondent souvent entre eux chez le

ème malade à des âges différents. L'atrophie musculaire ogressive de l'enfance, si bien distinguée de la paralysie fantile par quelques exemples types, se rencontre ainsi mme conséquence positive de celle-ci et l'on a vu qu'elle bserve chez l'adulte sans les altérations cellulaires conatées chez l'enfant. (Voy. PARALYSIES.) S'il y a atrophie ns paralysie, celle-ci entraîne aussi celle-là, avec réaction ectrique normale des fibres, comme elle a été recherée et constatée dans quelques cas. La seule différence, n contredite encore, c'est que l'atrophie musculaire concutive à la paralysie se comporte autrement que l'atroie essentielle, type de Aran-Duchenne; mais l'existence celle-ci dans l'enfance est toujours une menace grave celle-là dans tard, de même que la paralysie entraîne équemment l'atrophie. (Voy. PARALYSIE INFANTILE, 1881.) Il semble donc que toute lésion ou altération du tissu édullaire par congestion, irritation ou inflammation, ne ut exister en un point sans danger de s'étendre ailleurs. n ancien foyer de myélite infantile est une menace perstante de voir survenir des accidents spinaux à l'occaon de toute cause pathologique. Contrairement à ce qui ait admis, les enfants atteints de paralysie ou d'atrophie usculaire sont plus exposés dans le cours de leur existence ux autres affections de la moelle que ceux qui en sont ndemnes.

C'est la démonstration faite par les docteurs G. Ballet et util avec deux observations personnelles, recueillies dans clinique du professeur Charcot, et appuyées de trois utres antérieures. Ils considèrent que le foyer de myélite rimitive, guéri ou cicatrisé, constitue une épine, jouant rôle d'un vulgaire corps étranger pouvant déterminer es affections médullaires variées. Voici l'ébauche de classication qu'ils en donnent :

Poussées congestives avec parésie ou paraplégie passagère;

Myélite aiguë, à forme de paralysie spinale aiguë de 'adulte;

Myélite subaiguë, à forme de paralysie générale spinale ntérieure subaiguë;

Myélite chronique à forme de téphro-myélite antérieure hronique (atrophie musculaire progressive).

Ces divers processus peuvent se succéder chez sujet, comme des exemples paraissent le démontr *de méd.*, janvier.)

De même des causes et de la marche souvent bles de ces myélites. Un cocher de trente-quatre aucun antécédent héréditaire ni pathologique, 8 mars 1883 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. pour une paralysie complète et égale des deux supérieurs. Il en avait été subitement frappé en j étant dans les champs, sans étourdissement ni connaissance, averti seulement par de fortes doule diennes depuis quinze jours. Les membres inf prennent ensuite et, huit jours après, il ne pouva cher ni se tenir debout. De forte, la voix se cass dant deux mois, il reste absolument impotent. fluence de la faradisation, de bains de vapeur et l'état s'améliore si bien ensuite qu'en sept à h pouvait remonter sur son siège, quoique privé d pendant tout ce temps.

Au commencement de janvier 1883, les douleur sent ainsi que la paralysie, dans le même ord première attaque, sans atrophie musculaire ni a ni contracture. Faiblesse de la voix et absence d comme la première fois. La faradisation est rep malgré une légère amélioration des premier l'hôpital, la paralysie du diaphragme se manife difficulté de parler, et la mort arrive par as 25 mars.

Le diagnostic de myélite diffuse chronique avai avec prédominance des lésions dans les cornes a de la moelle; ce que l'autopsie confirma. Certai du renflement cervical, examinées histologiquem traient à peine 5 à 6 cellules motrices altérées avec disparition presque complète de la colonne siège prétendu des impressions sensitives, qui é tées normales. (*Idem*, mars.)

De cette longue observation, on est réduit qu'une simple congestion, sinon l'hyperémie de a pu amener une impotence complète qui dis l'influence des bains. Cette guérison persiste tr consécutives et, sans nouvelle cause appréciable,

accidents reparaissent ensuite et deviennent rapidement mortels, sans que l'on trouve rien de précis que les lésions histologiques. Comment ont-elles pu se produire si subitement cette fois, alors qu'elles avaient rétrocédé la première?

**Myélite dans les empoisonnements.** Voy. *ce mot.*

**Myélite aiguë syphilitique.** Voy. SYPHILIS.

**MYXŒDÈME.** Les exemples s'en multiplient en Angleterre avec une fréquence qui contraste d'une manière frappante avec sa rareté extrême dans les autres pays. Cinq nouveaux cas en sont relatés par la *Lancet* dans son premier semestre. Aussi ce sujet est-il à l'ordre du jour des principales Sociétés médicales. La *Clinical Society* a élu un comité spécial pour en faire une enquête générale, tandis que la Société royale méd.-chirurgicale en a mis la pathogénie en discussion, d'après un cas type observé sur une femme pendant sept ans à l'hôpital Saint-Thomas par le docteur J. Harley. L'autopsie a révélé des adhérences étendues avec épaississement des plèvres et induration fibreuse d'un poumon, ainsi que des traces de péritonite généralisée remontant à dix ans. Les ganglions thoraciques étaient si profondément imbriqués dans les plèvres qu'ils ne se distinguaient plus à gauche.

Mais les deux faits saillants étaient la faible quantité de sang dans le cœur, surtout du côté du poumon fibreux, et la fermeté dure des tissus avec augmentation générale du tissu connectif. La mucine s'y trouvait en grande abondance et juste le double de ce qu'elle était chez une femme morte d'affection mitrale. Un rapport étroit était donc évident entre ces deux altérations également rencontrées dans un cas de sclérème atrophique. D'où la conclusion à une origine inflammatoire des organes sous la dépendance du grand sympathique plutôt que du système cérébro-spinal, indiquant par là qu'au lieu d'une maladie spécifique, le myxœdème serait une simple variété de la débilité chronique. Mais cette étiologie a été combattue par le docteur Ord, opposant des faits où les centres nerveux étaient manifestement atteints. (*Lancet*, 19 avril.)

L'observation de M. White, à l'asile de Kent, positivement cette étiologie. Il s'agit en effet d'ur maniaque de cinquante-six ans lors de son adm 1881, et qui augmenta rapidement de poids, ta milation était parfaite. Deux accès de diarrhée d tomne de 1883 l'avaient d'abord fait maigrir, ma mois de février, elle avait repris son embonpoi moins, l'auteur place aussi le siège de cette mal une parésie du grand sympathique, d'après le tra mographique du pouls et ses rapports avec le goît thalmique.

Celle du docteur Jacob de Leeds est aussi une f trente-deux ans, qui s'aperçut d'une certaine enfl son dernier accouchement remontant à quatre fausse couche survenue deux ans après augmenta qui se manifesta graduellement avec son élasticit lière et tous les autres caractères du myxœdème à très marqué. (*Idem,* 31 mai.)

Une femme de quarante-trois ans a été aussi l'hôpital des Incurables d'Aberdeen, en avril 187 atteinte de maladie de Bright. Au mois de févrie docteur Urquhart constate tous les caractères d dème. Elle est alors soumise à l'usage de la te jaborandi à la dose de 30 gouttes qui détermine piration, comme la pilocarpine l'avait fait chez dente malade. Mais le mauvais état de l'estomac n pas de continuer le traitement et cette femme trou bonne nourriture et une chambre chaude lui fon bien que tous les médicaments. (*Soc. med. chir. d* et *Lancet*, 14 juin.)

Cette maladie indéterminée semble donc endé Angleterre, en raison du climat froid et humide qu Rien d'étonnant dès lors que les personnes faible mées, et spécialement les femmes, y soient le plus dès qu'elles ne peuvent se transporter dans les pa chauds pour en prévenir, suspendre ou arrêter le pement.

# N

**NÉCROLOGIE.** La liste funèbre des membres les plus llustres de la profession ayant succombé dans l'année est ugmentée par les victimes du choléra.

Vingt praticiens sont morts à Naples, dit-on, sur les 139 ngagés au nom de la Société de la Croix-Blanche pour ecourir les cholériques de cette ville, sans compter les iédecins civils comme Louis Somma, le fondateur de *Archivio di patologia infantile,* enlevé au milieu de ses tra-ıux le 19 septembre. Proportion considérable, si l'on ajoute s noms de Bourgarel et Mazelet (de Morges) qui ont suc-ombé à Toulon; Boullancy, Patras, et l'élève Rebit, tombés ctimes de leur dévouement professionnel à Marseille; ıthala à Cette, Castillon à Bessèges, Delfau d'Estagel, Fan-n à Arles, Guiraud de Gagnières et tant d'autres qui sont stés inconnus, à défaut d'une statistique médicale offi-elle. L'attention mérite d'être fixée sur ce sujet, car par connaissance du nombre exact des victimes qui suc-mbent dans le milieu hospitalier, de même que dans les ıbulances, les navires, les lazarets, les infirmeries, for-ant un milieu nosocomial, on aurait une donnée précise r le rôle de la contagion. Le nombre des cas intérieurs, rtout parmi les infirmiers, aides, religieuses, médecins, isis en pleine santé, comme *tant de sœurs* ont été frap-es cette année, servirait utilement à ne pas la confondre ec l'infection, comme on le fait trop souvent.

On n'honore pas assez ceux qui tombent au champ honneur professionnel, comme le jeune interne Etienne eroy, mort à Nancy le 27 février, d'une fièvre typhoïde ontractée dans son service hospitalier. On remarquera 'ailleurs que cette Faculté a été la plus éprouvée cette nnée.

Il faut citer aussi l'héroïsme du jeune docteur S. Rab-eth, qui voyant un enfant trachéotomisé à l'hôpital Free, xpirer par l'occlusion de la canule, n'hésita pas à y appli-quer ses lèvres pour lever l'obstacle. L'enfant fut sauvé.....

momentanément, mais le sauveur paya de sa vie son acte de dévouement, malgré les soins empressés des confrères venus à son secours. Il faut louer le Conseil municipal de Trévise plaçant une inscription sur la maison natale du professeur Cortese, pour rendre hommage à ses éclatants services militaires. La consécration de la mort héroïque de J. Crevaux par une colonne élevée au lieu même où il fut massacré avec ses compagnons que vient de voter le Congrès national de la Bolivie, avec la réserve du territoire pour y fonder la colonie Crevaux, n'est également qu'un hommage mérité; mais celui qui expose sa vie, sachant qu'il va la perdre, n'est-il pas aussi méritant?

**Barclay**, *Andrew-White*, l'un des médecins de Londres les plus studieux et savants, a succombé le 28 avril à un arrêt du cœur, provoqué par des symptômes d'obstruction intestinale, âgé de soixante-six ans. Docteur d'Edimbourg et de Cambridge, après avoir été lauréat de ces deux Universités, il séjourna en Allemagne, en France et en Italie, pour étendre et perfectionner son instruction. Il était pénétré de cette vérité que le médecin n'en sait jamais assez pour remplir son devoir envers ses semblables et mit tous ses soins à s'en acquitter consciencieusement dans toutes ses fonctions. *Registrar* à l'hôpital St-Georges, il y prit si bien les observations qu'elles servent encore de modèle. Leur classement est resté le même; aussi fut-il bientôt nommé médecin adjoint de cet hôpital, puis titulaire et y exerça pendant vingt ans, jusqu'à 1882, avec une grande distinction par son exactitude et le soin des malades. Il y donna des leçons qui ont été recueillies sur la matière médicale, les principes et la pratique de la médecine. Son ouvrage *Medical Diagnosis*, qui eut trois éditions, décèle la mesure de son mérite. Membre du Collège des médecins, il prononça la *Harveian Oration*, en 1881, et en fut le trésorier jusqu'à sa mort. Comme président de la Société médico-chirurgicale, il se distingua par son activité. Son extrême modestie et son goût pour l'étude l'empêchèrent de devenir l'un des grands consultants de Londres, comme il le méritait si bien. C'était, en un mot, le Woillez anglais.

**Bouisson**, l'une des sommités chirurgicales du Midi,

ıcien professeur et doyen de la Faculté de Montpellier, ont le nom restera le plus célèbre après ceux de Delpech ; Lallemand auquel il succéda, est mort à soixante-dix ıs. Nommé professeur de physiologie à Strasbourg en 1837, revint bientôt dans son pays natal pour y enseigner ıccessivement la pathologie externe et la clinique chirurıicale. Il vint même disputer cette chaire à Nélaton, à la aculté de Paris, en 1851. Des travaux nombreux et des ouıages considérables l'avaient fait associer à l'Académie de ıédecine et à l'Institut. Elu membre du Conseil de l'instrucon publique, il succomba en remplissant son mandat de éputé. C'était un savant et un lettré.

**Cailliot**, *Amédée*, le professeur si accrédité de chimie à ı Faculté de Strasbourg, le premier maître de Wurtz et ui eut le mérite, en adoptant les formules atomiques ans son cours, de lui suggérer les principes mêmes de ette théorie, est décédé à Paris, âgé de 79 ans. Prenant sa etraite après la guerre, il était venu demander à son lustre élève l'hospitalité dans son laboratoire pour coninuer ses recherches, et il eut ainsi la douleur de lui surivre quelques mois.

**Cohnheim**, *Jules*, qui continuait si brillamment l'œuvre athologique de son illustre maître Virchow et le repréentant le plus original de son école, succombe le 14 août, 'une affection rénale, dans sa quarante-cinquième année! ssistant de l'Institut pathologique en 1864, il ne tarda pas promulguer sa découverte de la diapédèse ou passage des ucocytes ou globules blancs du sang à travers les parois es vaisseaux, pressentie par Waller dès 1848. Il est vrai u'elle ne s'est guère accréditée depuis, puisqu'elle est ncore contredite par Wharton-Jones. (*Lancet*, 11 octobre.) De là pourtant sa doctrine de l'inflammation, basée sur ette démonstration scientifique que, sans vaisseaux sanıins, l'inflammation est impossible. Cette vérité scientifique ait évidemment dans la pensée de Broussais et l'on peut ı inférer de même que les tumeurs en sont le reliquat. Successivement professeur à Kiel, à Breslau, à Leipsik, jeune savant et studieux pathologiste était destiné à sucder à son maître à Berlin, lorsque sa mort fut annoncée

à celui-ci au Congrès de Copenhague. Il eut ainsi le devoir douloureux de la communiquer solennellement, comme adieu final, à tous les savants qui s'y trouvaient réunis.

**Dumas**, *Jean-Baptiste*, le grand et illustre chimiste français du XIXe siècle, a cessé de vivre le 13 avril, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, après avoir parcouru la carrière la plus utile et la plus glorieuse du savant. Simple commis en pharmacie à Genève, il avait à peine vingt ans que ses recherches avec Prévost sur le sang, le sperme et d'autres liquides, signalaient son nom au monde savant comme l'une des espérances de l'avenir. Dès son arrivée à Paris l'année suivante, il se consacre à la chimie, où il exerce bientôt un rôle prédominant par ses découvertes et par son enseignement incomparable. Sa réforme du système électro-chimique de Berzélius, reconnu comme le maître universel, et sa découverte que le chlore a le pouvoir de s'emparer de l'hydrogène et le remplace atome par atome, mirent le sceau à sa renommée qui ne cessa plus de grandir, en l'élevant au-dessus du chimiste suédois dont il ruina la doctrine.

Voué particulièrement à la chimie organique, M. Dumas, qui professait déjà à la Faculté des sciences dans tout l'éclat de son talent, fut appelé à enseigner cette nouvelle science à la Faculté de médecine de Paris. Tous ses travaux antérieurs le désignaient à cette chaire où il figura avec un talent d'exposition et une distinction sans égale. De là le succès de ses leçons qui firent époque et le conduisirent à l'Académie de médecine. C'est par cette affiliation à la corporation médicale et les éminents services qu'il lui a rendus, qu'elle est fière de son nom et s'en honorera éternellement comme de l'un de ses plus illustres membres.

**Ellis**, *Calvin*, professeur de clinique médicale à l'Université Harvard (de Boston), où il jouissait d'un grand crédit, a succombé à un ulcère du duodénum, vérifié par l'autopsie, après neuf années de souffrances. Une perforation suivie de péritonite détermina sa mort dans les premiers jours de 1884, après une vie consacrée à l'étude. Il était à peine âgé de cinquante ans. En 1850, il fréquentait les hôpitaux de Paris où il puisa les principaux éléments de son instruction, d'après les leçons de Louis, Trousseau et Bouillaud. C'est

n mettant leur méthode en pratique dans son pays qu'il cquit une célébrité égale à la leur, notamment dans l'État u Massachusetts. Il laisse toute sa fortune, après la mort e sa sœur, à l'Université, pour en perfectionner l'enseigne- ıent. Il a publié plusieurs ouvrages sur la symptomatologie.

**Fauvel,** *Sulpice-Antoine*, l'éminent médecin sanitaire qui donné le premier la détermination exacte de l'origine et ; la contagion du choléra asiatique et fondé l'organisation ı système des quarantaines maritimes pour en prévenir mportation en Europe, est mort en pleine épidémie cho- rique, le 6 novembre, d'une pneumonie double, à l'âge de ıixante-dix ans. Après de fortes études à Paris, il devint ıédecin des hôpitaux, puis fut envoyé en qualité de méde- n sanitaire à Constantinople et s'y distingua par son pro- ınd savoir, son esprit précis et positif. De là sa grande ıtorité comme professeur à l'École de médecine, comme ınsultant, autant que dans les conseils du gouvernement. ussi fut-il comblé d'honneurs et de distinctions.

Il revint en France comme inspecteur général des services ınitaires, médecin de l'Hôtel-Dieu et fut bientôt élu à Académie de médecine. Mais il brilla surtout, au nom de ı France, aux conférences sanitaires internationales de ïenne et de Constantinople où il joua un rôle prépondé- ant en faisant adopter ses idées par la plupart des méde- ins étrangers. Il conserva ses hautes fonctions, avec la même utorité unanimement reconnue à l'étranger comme en rance, jusqu'à sa mort, survenue précisément au moment ù l'épidémie régnante allait peut-être mettre sa doctrine ı échec, et cependant celle d'Égypte venait de lui donner ıe confirmation éclatante par suite du relâchement subit ıs mesures sanitaires des Anglais. Son dernier mot man- ıe ainsi à l'œuvre de sa vie tout entière et il appartient à venir de le donner.

**Fonssagrives,** l'un des médecins les plus distingués de marine française, qui venait de prendre sa retraite au âteau de Kergunionnez en Bretagne, a succombé à une taque de choléra, le 21 novembre, âgé seulement de ixante-deux ans ! Incorporé de troisième classe en 1841, avait rapidement conquis tous les grades jusqu'au sommet

de la hiérarchie de médecin en chef en 1856, après a
professeur à l'école de Brest. Quinze ans d'exercice
suffi à cette élévation quand, par les connaissance
dues dont il avait fait preuve dans ses nombreux tra
fut détaché de son service et nommé professeur d'l
à la Faculté de Montpellier en 1864. Rien ne co
mieux à ses aptitudes. Doué d'une élocution facile e
vaste érudition, s'assimilant tout et le rendant a
gance d'une façon claire et précise, il se mit à en
par la parole et la plume avec une fécondité incom
Pendant ces vingt années d'enseignement universi
publia divers ouvrages sur l'hygiène, la thérapeutiq
de la phtisie pulmonaire en particulier, qui eu
grand succès. C'était un vulgarisateur émérite, a
qualités littéraires de fond et de forme qui se ren
rarement.

Membre correspondant de l'Académie de médeci
plusieurs Académies étrangères, officier de la
d'honneur et d'autres ordres étrangers, il se retira
sa chère Bretagne pour y travailler encore utilemen
qu'il fut frappé d'une manière inopinée en néglige
diarrhée modérée qui devint ainsi fatale pour lu
famille. C'est une grande perte pour la science qu'
vait avec tant d'ardeur.

**Gross**, *Samuel*, le Nestor de la chirurgie améric
sa prudence, sa sagesse et son habileté, a terminé sa
et glorieuse carrière le 6 mai. Il exerçait depuis cin
six ans, car il avait été reçu, en 1828, à l'Université
sylvanie, dont il devint professeur de chirurgie en 1
*System of surgery*, qui fut depuis le *vade mecum* d
diants et des praticiens, est resté dans la littérature
nouvelle édition revue par son fils. Ancien rédacte
*North american medico-chirurgical Review*, il a écrit p
monographies sur les plaies de l'intestin, les corps é
des voies aériennes, les maladies et les lésions des
génito-urinaires, etc. Par son grand âge et la cons
de toutes ses facultés, il était devenu la plus grand
du monde chirurgical aux États-Unis, comme
Mott et Dunglison dont il retraça la vie et les œuv
son *Histoire de la littérature médicale américaine d*

76. Il la perpétuera à son tour dans l'avenir par le legs sa bibliothèque à l'Académie de chirurgie de Philalphie.

Son corps, soumis à la crémation à Washington, a donné kilos et demi de cendres qui ont été renfermées dans une nple urne de marbre de 3 pieds de haut, sans ornement inscription, déposée dans le caveau de famille au cimere de Woodland. Une souscription nationale et professnnelle s'est élevée aussitôt à Philadelphie pour la fondan d'une chaire d'anatomie pathologique dans cette ville qui devra porter son nom.

**Hawkins**, *César, sergeant surgeon,* ou chirurgien en chef la reine Victoria, s'est éteint doucement le 20 juillet à atre-vingt-six ans, après une longue carrière aussi laboeuse que honorée et respectée. Né sans fortune, quoique tit-fils du sergeant surgeon de Georges II et de Georges III, neveu de Charles Hawkins qui lui succéda dans ce poste evé, il dut à son travail incessant, à ses services dans enseignement de la chirurgie, son mérite et son honnêté, de la conquérir à son tour, après la mort de B. Brosie. Tour à tour investi par ses collègues de tous les honeurs et des dignités de sa profession dans les hôpitaux, s écoles, les universités, les académies, pour l'enseignement et la pratique de la chirurgie, il dut à la confiance e sa souveraine de couronner sa belle carrière par ce itre suprême. De la position de simple apprenti d'un praicien, il s'éleva ainsi lui-même par la dignité de sa vie à la lus haute ambition d'un chirurgien.

**Houzelot** (de Meaux), chirurgien de l'hôpital général de ette ville depuis un demi-siècle, a terminé son honorable arrière au début de cette année à quatre-vingt-deux ans. Élève de son père, qui jouissait d'une certaine réputation lans cette ville, il lui succéda après avoir subi sa thèse en 827, faisant connaître un nouvel appareil pour les fractures lu maxillaire inférieur dont il était l'auteur. Le premier n France, il appliqua le chloroforme en obstétrique et ublia un volumineux mémoire sur ce sujet en 1854. Sa ratique longue et étendue donna une grande notoriété à on nom, qui reste ainsi sans représentant après plus d'un iècle de réputation méritée.

**Von Jœger**, le fils du célèbre ophthalmologiste viennois, a succombé à une longue maladie, âgé de soixante-six ans. Initié de bonne heure à la spécialité de son père, il perfectionna l'ophthalmoscope embarrassant d'Helmholtz en le rendant plus maniable, grâce à ses connaissances spéciales en mécanique. Il put ainsi dépeindre et figurer toutes les apparences ophthalmoscopiques de l'œil dans son fameux atlas. Professeur-adjoint et médecin en chef de la clinique ophthalmologique à l'Hôpital général, il venait d'être élu professeur titulaire, lorsque la maladie l'atteignit.

**Letiévant**, chirurgien lyonnais d'un grand mérite, est mort prématurément au milieu de l'année. Ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, il y marqua son passage par diverses innovations opératoires qui indiquèrent son esprit original et primesautier. Il introduisit le premier la méthode antiseptique à Lyon et entreprit dès 1875 la mobilisation de la paroi thoracique, appelée opération d'Estlander. Son *Traité des sections nerveuses*, l'abrasion intra-articulaire ou arthroxésis, et tant d'autres innovations indiquées à son nom dans ce *Dictionnaire*, montrent la perte considérable que la chirurgie lyonnaise a faite. Il n'était pourtant que professeur-adjoint à la Faculté de médecine, malgré son grand mérite, car, par son esprit libre et indépendant, sa main hardie et entreprenante, il excitait plutôt l'envie et la jalousie que l'amitié parmi ses collègues.

**Manec**, dont le nom célèbre n'existait plus guère depuis longtemps que dans la mémoire de ses élèves par suite de sa retraite anticipée, a cessé de vivre le 15 février à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Ancien chirurgien de la Salpêtrière et de la Charité, collaborateur de J. Cloquet, et auteur de divers ouvrages remarqués et de plusieurs procédés opératoires ou méthodes thérapeutiques, notamment contre la hernie crurale et le cancer, il avait conquis une honorable notoriété qui fait un devoir de déposer cet hommage de souvenir sur sa tombe.

**Moreau**, le célèbre aliéniste, distingué de ses nombreux homonymes par la désinence *de Tours*, lieu de sa naissance, à succombé à quatre-vingt-un ans, dans un état de mai-

ur squelettique. Élève d'Esquirol à Charenton, il ne ıa de s'occuper de la folie. Sa thèse de l'influence du sique sur les désordres de l'intelligence, aussi bien que expériences sur le haschisch et l'originalité de tous ses raux lui donnèrent bientôt une grande notoriété qui le ıommer médecin de Bicêtre en 1840. Il passa ensuite à Salpétrière dont il resta médecin honoraire jusqu'à sa rt. Mais sa meilleure clinique était dans l'observation ticulière des aliénés de sa maison de santé qu'il dirigea ıdant de longues années avec M. Baillarger.

'était un esprit et un homme charmant dans l'intimité; peu sceptique et original, mais d'une grande bienveil-ce. Sa modestie lui faisait prendre en horreur tous les ıtards et les prestidigitateurs de la profession encore plus ; les simples et les ignorants. Il laisse un fils qui, en rchant sur ses traces, perpétuera son nom.

**Morel**, *Charles*, professeur d'histologie à la Faculté de ›decine de Nancy, a succombé à une néphrite interstitielle soixante et un ans, le 18 janvier. Anatomiste habile et nsommé, il fut avec Küss à Strasbourg le promoteur France de cette science nouvelle dont on ne pressentait ère alors les progrès rapides et la vogue actuelle. Son *aité élémentaire d'histologie*, paru en 1864, en fut la pro-ulgation. Son *Manuel de l'anatomiste*, publié en collabo-tion avec le professeur Mathias Duval, son ancien élève, t le dernier travail de cet anatomiste distingué et labo-eux, observateur aussi habile que consciencieux.

**Oulmont**, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre e l'Académie de médecine, qui s'était distingué par des echerches thérapeutiques, est mort à soixante-dix ans 'une affection cardiaque. Il lègue en mourant une rente e mille francs à l'Académie de médecine, chargée de la écerner à l'élève emportant chaque année la médaille d'or e l'internat. A ce défaut, elle l'emploiera à un prix de hérapeutique. Il laisse en outre 80 000 francs environ à les Compagnies savantes ou à des sociétés charitables, dont 0 000 francs à la Caisse des pensions de retraite de l'Asso-iation des médecins de France et 6 000 à celle des médecins le la Seine. Son nom sera ainsi perpétué par ses bonnes euvres.

**Ritter**, *Eugène*, professeur de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, est mort le 7 juillet à quarante-sept ans, après avoir été le guide et le conseil de plusieurs générations d'étudiants à Strasbourg et à Nancy. Successeur de Wurtz, il avait reçu comme lui les excellentes leçons de Cailliot. C'était un chimiste distingué, comme ses recherches et ses expertises médico-légales l'ont prouvé, ainsi que ses nombreux mémoires en collaboration avec le professeur Feltz, notamment sur l'*urémie expérimentale*. Successeur de Blondlot, il l'avait remplacé et laisse aujourd'hui cette place inoccupée, au grand regret de tous ceux qui ont pu l'apprécier.

**Rufz** *de Lavison*, associé national de l'Académie de médecine, où il fonda un prix sur l'acclimatement, est mort subitement à quatre-vingts ans. Interne de Dupuytren en 1835 et à l'hôpital des Enfants ensuite, il devint, par la précision de ses travaux, l'un des principaux disciples de l'école de Louis et obtint à ce titre la médaille de l'internat. Docteur, il se présente au concours de l'agrégation de la Faculté et est reçu le premier. Envoyé en mission à Marseille au secours des cholériques, il en revient aussitôt décoré.

Malgré le début brillant de cette carrière, il partit pour la Martinique, son pays natal, où il exerça avec distinction. Revenu à Paris en 1850 pour y prendre sa retraite, il devint l'un des fondateurs du jardin d'Acclimatation et en remplit les fonctions de directeur jusqu'en 1865. Tous ses actes et divers travaux remarqués ainsi que son aspect imposant, faisaient voir en lui un homme d'un esprit distingué.

**Saucerotte**, *Constant*, surnommé de Lunéville, l'un des médecins de province le plus favorablement connu par ses nombreux écrits, a terminé sa laborieuse et honorable carrière à quatre-vingts ans, sans que son nom disparaisse de la corporation, car il laisse un digne successeur dans son fils. De 1827 jusqu'à ces dernières années, il n'avait cessé d'écrire des observations pratiques, des mémoires cliniques et jusqu'à de véritables volumes sur les sujets les plus divers. Ancien professeur de philosophie et très lettré, il fut un brillant écrivain. Dès 1834, il était élu correspondant de l'Académie de médecine et nommé ensuite che-

lier de la Légion d'honneur. Médecin de l'hôpital civil et ilitaire de Lunéville, il laisse des observations très précises r différents sujets, notamment sur les rapports de la né-algie avec le rhumatisme et plusieurs autres travaux cités ns ce Dictionnaire.

**Simonin**, *Edmond*, le professeur vénéré de la Faculté de ncy, a succombé le 1er avril à soixante-douze ans. Ancien ecteur de l'École de médecine de cette ville, membre respondant de l'Académie de médecine, il était une illus-tion, autant par sa naissance que par ses travaux et par services, dans l'enseignement et dans la pratique de la decine en Lorraine.

**Tweedie**, *Alexandre*, l'un des plus célèbres médecins glais, s'est éteint à quatre-vingt-dix ans le 30 mai. Né à imbourg, où il commença sa brillante carrière en 1815 ec Liston, il n'y resta pas longtemps. Son ambition légi-ne le porta bientôt sur un plus vaste théâtre pour y cuper toutes ses brillantes facultés. Arrivé à Londres 1820, il s'allia aussitôt au Collège des médecins comme encié, il en fut élu membre et conseiller ensuite, devint s 1822 médecin de l'hôpital des fièvreux où il resta qu'en 1861. De là ses *Observations cliniques* et son *uité des fièvres continues* qui rivalisent avec les meilleurs vrages français de ce temps. C'est aussi le fondateur de *ncyclopédie de médecine pratique* et de la *Bibliothèque dicale* qui parut en 1840. Il fut ainsi une gloire du vail.

**Wilson**, *sir Erasme*, le célèbre dermatologiste anglais i, selon son biographe, a mieux connu les maladies de peau que tout autre de ses contemporains, a succombé 7 août à une inflammation intestinale, âgé de soixante-inze ans. Il avait perdu la vue depuis un an. Malgré ses buts obscurs, il était arrivé à la plus grande célébrité. En oisissant sa spécialité, il s'y était préparé pendant de ngues années consacrées à l'enseignement de l'anatomie, mme son *Manuel de dissection* et son *Vade mecum de natomiste* en témoignent. Aussi obtint-il le plus grand ccès pour son talent de recherche, d'exposition et de vul-

garisation. Clinicien et écrivain à la fois, il décrivait aussi bien qu'il observait, et couronna sa carrière par d'immenses libéralités. Il fonda la chaire de dermatologie, une de pathologie à Aberdeen, et différentes institutions de bienfaisance. Aussi, de simple membre du Collège royal des chirurgiens, s'éleva-t-il graduellement à tous les degrés de ce premier corps savant jusqu'à la présidence qu'il occupait en mourant. Il lui lègue, mourant sans enfants, 450 000 francs et 375 000 à d'autres institutions. Il donnait beaucoup de ce qu'il gagnait, et emporte ainsi les regrets de ses collègues et de son pays.

**Wurtz**, *Adolphe*, l'auteur de la *Chimie atomistique* et du *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, a cessé de vivre. Il est mort subitement d'accidents diabétiques, le 12 mars, à soixante-sept ans. Perte immense pour la science qu'il représentait, surtout après celle de ses maîtres Dumas et Cailliot et de son élève Henninger, tous descendus simultanément dans la tombe.

La vie de ce grand savant fut une suite ininterrompue de succès couronnant son activité fébrile et un travail herculéen. Après de brillants débuts à la Faculté de médecine de Strasbourg, son pays, il venait en 1844 occuper la place de chef des travaux chimiques à celle de Paris, dont il devint bientôt agrégé, professeur suppléant, puis titulaire en réunissant les deux chaires de Dumas et d'Orfila. En présence de l'éclat de ses travaux, de la découverte des ammoniaques composées et des glycols, l'Académie de médecine et celle des sciences lui ouvrent successivement leurs portes. Devenu doyen de la Faculté de médecine, il triomphe de tous les obstacles pendant dix ans et y étend surtout l'enseignement de la chimie biologique. Il est élevé en même temps à la présidence de l'Académie de médecine. En faisant triompher par ses leçons, ses discours et ses discussions la théorie atomistique sur la doctrine des équivalents défendue par les plus illustres adversaires, il fut reconnu et proclamé maître à son tour par la France et l'étranger.

Il passe alors à la Faculté des sciences pour enseigner la chimie organique et reçoit la consécration de ses travaux par la plus haute récompense du prix biennal de 20 000 francs et la médaille Copley; puis il est enfin appelé au Sénat et

çoit le titre de grand officier de la Légion d'honneur. Parnu ainsi au sommet de la gloire et des honneurs, gravi ns interruption, il disparait brusquement, sans déclin, mme un brillant météore, mais ne laissant personne ıur lui survivre et le remplacer que son œuvre dont l'hisire gardera une trace ineffaçable.

Dans un ordre moins élevé, nous distinguerons encore ırmi la foule des confrères disparus :

**Allen**, *Thompson*, professeur de physiologie à l'Université Édimbourg.

**Aubergier**, professeur à la Faculté des sciences de Clerıont et qui s'est illustré par son sirop de thridace, dit de *ctucarium*.

**Balfour**, frappé mortellement d'apoplexie le 15 juin à ombay où il jouissait d'une juste réputation comme médeın de la grande compagnie péninsulaire des chemins de fer.

**Bertin**, *Pierre-Eugène*, professeur suppléant de la Faculté e médecine de Nancy et médecin de l'hôpital départeıental, mort au commencement de décembre à l'âge de inquante-trois ans.

**Boutigny** (d'Évreux) dont les travaux méritants avaient ait l'un des plus anciens correspondants de l'Académie de nédecine.

**Burq**, le métallothérapiste ayant consacré toute sa vie ın triomphe de cette thérapeutique et dont il a reçu la écompense publique.

**Château**, *Ernest*, ancien chef de clinique de Rostan, lauéat de la Faculté de médecine, médecin consultant à la ourboule, a succombé à une longue maladie, âgé d'environ oixante ans.

**Davila**, médecin français, inspecteur général du service anitaire de l'armée roumaine où il était entré après la uerre de Crimée, mort à Bucharest à la fin d'août.

**Decaisne**, *Pierre*, ancien médecin inspecteur général de 'armée belge, commandeur de l'ordre de Léopold et officier e la Légion d'honneur, mort le 2 février dans sa soixantequinzième année.

**Dumesnil**, l'inspecteur général honoraire des établisseıents d'aliénés, officier de la Légion d'honneur, décédé à oixante-douze ans.

**Ercolani**, professeur à l'Université de Bologne et l'un des praticiens les plus distingués d'Italie.

**Fabre**, *Auguste*, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille, mort en quelques heures à quarante-sept ans. Par ses travaux antérieurs, il était l'une des espérances de l'avenir.

**Faucon** (de Lille), nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de cette ville, après ses débuts très brillants à l'École de service de santé militaire et de bons travaux de chirurgie, est mort à quarante-deux ans.

**Fredet**, *François-Hippolyte*, le médecin renommé de Saint-Chamond où il exerça pendant soixante ans et qui fut comme le vétéran honoré de ces contrées, élu président de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire, de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, est mort à un âge avancé.

**Girard** (de Cailleux), l'ancien inspecteur général du service des aliénés sous l'empire et qui fut promu en cette qualité officier de la Légion d'honneur.

**Guilland** (d'Aix-les-Bains), l'un des médecins les plus méritants de la région par le caractère comme par l'esprit, est mort subitement en laissant un fils digne de porter son nom.

**Henninger**, l'un des plus jeunes agrégés de la Faculté de médecine de Paris, élève de Wurtz, et qui le suppléait avec grand succès depuis 1878.

**Landry**, E., professeur de chirurgie depuis plus d'un quart de siècle à l'Université Laval (de Québec).

**Larcher**, *François*, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, a succombé le 22 mars à quatre-vingt-deux ans, en laissant dans son quartier une notoriété égale aux plus célèbres par la dignité de son exercice prolongé.

**Mahomed**, le cardiopathe distingué, professeur à *Guy hospital*, est mort prématurément et subitement, laissant à ses collègues le soin d'honorer sa mémoire et ses travaux par une fondation utile à sa famille. Une souscription de 20 000 francs a été immédiatement couverte.

**Neumann**, *Henri*, professeur de psychiatrie à Breslau, mort le 10 octobre à soixante et onze ans. Il était en Allemagne l'une des autorités parmi les aliénistes. Sa critique de Lear et d'Ophelia est restée célèbre.

**Quissac**, le professeur agrégé de la Faculté de méde-
ne de Montpellier, bien connu par des travaux impor-
ants, a aussi cessé d'exister.

**Ragaine** (de Mortagne), l'un des praticiens qui s'est le
us distingué en province par la valeur et le nombre de
s observations cliniques.

**Rathery**, médecin de l'hôpital Tenon, qu'un travail inces-
ant et de grandes aptitudes avaient élevé à ce poste, a
ccombé le 18 juillet aux suites d'une affection rhuma-
smale, âgé seulement de quarante et un ans.

**Simonnet**, *Désiré*, médecin de l'hôpital du Midi, mort
core jeune le 6 juin, après vingt-quatre ans d'exercice
ns les hôpitaux de Paris.

**Thomas** (de Nevers), chirurgien en chef de l'hôpital et
ficier de la Légion d'honneur.

**Vaillant**, l'ancien inspecteur des armées et qui présida
endant six ans le Conseil de santé, est décédé dans sa
traite de Saintry le 16 juillet à quatre-vingt-quatre ans,
près une belle carrière honorablement remplie.

**Vierordt**, le physiologiste distingué de Tubingue.

**Vignard**, professeur d'accouchement à Nantes, mort à
nquante-deux ans d'une affection pulmonaire.

**Zeissl**, le célèbre syphiliographe viennois, mort le 23 sep-
mbre après une longue maladie.

**NÉPHRECTOMIE**. Cette extirpation du rein est aussi
équente et hasardée à l'étranger que rare en France et
rtout à Paris. Tandis que Anglais, Allemands, Améri-
ins la pratiquent à l'envi, dès que le rein paraît malade
déplacé, sans diagnostic rigoureusement établi, les
irurgiens français paraissent de plus en plus éloignés
suivre leur exemple d'instrumenter en tout état de
use sans savoir imposer des limites à leur couteau.
excision d'un rein mobile, citée l'année dernière chez une
le de dix-neuf ans, alors que l'autre manquait, était
pendant de nature à retenir la main des plus intrépides.
fut là une lourde faute, devant des malformations con-
nitales visibles, apparentes, et qui pouvait être taxée
assassinat, en présence des connaissances tératologiques
tuelles.

La réserve des chirurgiens français est donc parfaite-

ment justifiée devant une opération aussi laborieuse, délicate, et si souvent mortelle. Des cinq applications connues jusqu'ici à Paris et à Lyon exclusivement, il n'y a eu que deux succès : ceux de MM. Le Dentu et Ollier, obtenus dans des conditions analogues. Cette faible proportion est peu encourageante. L'occasion de l'employer se présente sans doute ici comme ailleurs, mais on hésite justement devant ces résultats. La pyélo-néphrite et les fistules urétérales intarissables autrement, en menaçant d'une mort prochaine les malades jeunes et exempts de diathèses, en seraient les seules indications.

C'est dans ces conditions que M. Le Dentu a opéré, après sept ans de souffrances, un jeune artiste dramatique dont l'existence était menacée à bref délai par une fistule intarissable, suite de l'ouverture d'une hydro-néphrose. La guérison a justifié cette décision prise *in extremis*. (*Archiv. de méd.*, juin.)

L'opéré, soumis à l'Académie de médecine le 9 décembre 1884, continuait à jouir d'une parfaite santé, sans aucun trouble urinaire, et remplissant toutes ses fonctions, quoique n'ayant qu'un rein.

Un troisième succès est à enregistrer : celui du docteur J. Bœckel, de Strasbourg, obligé d'enlever un rein sain pour tarir une fistule de l'uretère produite dans le cours de l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie vaginale. (Voy. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.) Les partisans de cette opération n'ont donc pas à s'en prévaloir. Elle est commandée et rendue urgente pour réparer un méfait, cacher une erreur. Elle ne peut servir que d'exemple pour les cas semblables arrivés accidentellement, comme celui du professeur Le Fort. Encore faut-il se demander si le surmenage fonctionnel imposé par là au rein conservé ne devient pas une cause de sa dégénérescence en exagérant sa fonction, et, par conséquent, d'une mort prochaine.

Les deux plus graves applications en sont visées par Bergmann : le rein cancéreux et la pyélo-néphrite. 21 cas de cancer ont donné 17 morts pendant ou peu après l'opération et 4 guérisons; résultat déplorable qu'il attribue à l'intervention tardive et la généralisation ganglionnaire existante, mais surtout à la lésion possible des vaisseaux et la gangrène de l'intestin résultant de la voie péritonéale, seule

ssible dans cette occurrence. Au contraire, 40 néphrectoies pour pyélo-néphrite auraient donné 20 guérisons conmées, dont quatre de l'auteur; la lésion bilatérale existait e seule fois. L'anurie amena la mort dans le cas de nnenburg, sans que l'autopsie en ait montré la raison le rein persistant. Pour éviter cet accident, Hirschberg commande le cathétérisme de l'uretère du rein sain avant pération. (*Congrès de Copenhague.*) Voy. CANCER DU REIN.

La *néphrotomie* préparatoire, c'est-à-dire l'incision et le ainage d'un rein suppurant, doit toujours précéder son cision, suivant le docteur C. Lucas, car cette opération éliminaire soulage souvent le malade et peut suffire à le érir. Si la néphrectomie est nécessaire ensuite, elle est si rendue moins dangereuse, comme six cas, relatés vant l'Association médicale britannique en 1883, en nt la démonstration; tandis que l'excision faite d'emle et sans drainage antérieur contre la pyonéphrose nne une mortalité de 50 0/0. Il y a évidemment plus de ficultés à exciser une vaste poche de pus adhérente l'un rein revenu sur lui-même et le danger est bien plus and par la différence même du traumatisme en résulnt; sans compter que le drainage donne le temps à péré de reprendre des forces avant d'être soumis à l'opélion radicale. (*British med. journ.*, 17 mai.)

En cas de diagnostic incertain de calcul rénal, M. Morris, Londres, recommande les incisions exploratrices dans rein avant de faire la néphrectomie, et cet avis est pargé par M. Bryant. Sans avoir jamais pratiqué celle-ci, il été si satisfait du résultat de l'incision préalable dans uze à quinze cas qu'il ne saurait s'en dispenser. (*Congrès Copenhague.*)

**Néphrectomie frustre.** Avec l'idée que le rein est made dès qu'une tumeur est rencontrée dans cette région, chirurgiens s'exposent à trouver tout autre chose, st-à-dire un sarcome ou cancer, comme un exemple en t déjà signalé. (Voy. CANCER DU REIN.) Un autre est relaté r le docteur Chadwick dans la même ville, chez une veuve cinquante-deux ans qui s'aperçut, en avril, d'une tumeur ns l'abdomen. Une consultation de quatre médecins en

précisa le siège dans le côté gauche. Elle était arrondie, légèrement nodulaire, s'étendant dans la région lombaire depuis les fausses côtes jusqu'à l'épine iliaque supérieure. On diagnostiqua dès lors un rein volumineux et l'urine contenant du pus et même du sang, avec de légères traces d'albumine, on crut à un cancer.

Un essai pour augmenter la quantité d'urine devait cependant prouver le contraire. La malade étant soumise à un traitement par l'acétate de potasse et le régime lacté, l'urine augmenta en peu de jours d'une pinte à quatre, ne contenant que moitié de la dose normale d'urée. N'était-ce pas une preuve que les reins n'étaient pas malades?

La laparotomie fut néanmoins faite le 3 juin, le volume excessif de la tumeur ne permettant pas son extraction par l'incision lombaire. Découverte, elle avait le volume et la forme d'un œuf d'autruche; l'uretère passait à droite et le rein reposait sur son extrémité supérieure, dérangé de son siège ordinaire. Ses adhérences légères furent facilement rompues et la tumeur extirpée sans la moindre lésion du rein. C'était un sarcome du poids de 650 grammes.

Malgré des suites favorables et la cicatrisation de la plaie, la tumeur récidiva bientôt, et l'opérée succomba dans la dixième semaine, sans que l'autopsie ait pu être faite. Cette néphrectomie *blanche* doit mettre en garde ceux qui la tenteront à l'avenir. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 17.)

Toutes ces restrictions n'ont pas empêché M. Godlee de la pratiquer d'emblée sur un garçon de vingt-deux mois, admis à l'hôpital des Enfants de *Nordeastern* en août 1883. La tumeur avait été signalée en juin et son accroissement rapide à droite lui donnait dès lors 4 pouces de diamètre. Elle était mobile, indolore, sans symptômes urinaires. Le rein fut enlevé facilement par l'incision latérale de Langenbuch. L'absence d'adhérences et d'hémorrhagie permit d'exécuter l'opération en une demi-heure. Il n'y eut qu'un peu de fièvre le lendemain et l'opéré mangea et dormit comme à l'ordinaire; il quittait l'hôpital le sixième jour.

La tumeur pesant une livre était de nature sarcomateuse. Aussi la récidive ne se fit pas attendre et l'enfant succomba en mars 1884. C'est le résultat ordinaire, d'après l'auteur, car, sur 8 exemples semblables, 5 opérés sont morts des suites immédiates de l'opération, 2 ont guéri avec récidive

rapide et mortelle ; le dernier en était exempt lorsqu'il a été perdu de vue. Malgré ces résultats désespérants, il persiste — ces tumeurs étant fatalement mortelles en place — à les enlever de bonne heure pour faciliter l'opération souvent impossible plus tard. Aussi a-t-il été blâmé par la plupart de ses collègues en discréditant ainsi la laparotomie. (*Clinical Soc.*, 24 octobre.)

**NÉPHRITES.** La classification suivante en est donnée par le professeur Cornil :

*Néphrites diffuses aiguës.* Ce sont celles où prédominent les phénomènes congestifs et inflammatoires, ceux de diapédèse et les lésions des glomérules ;

*Néphrites diffuses subaiguës et chroniques* se distinguant par la prédominance des lésions des glomérules, de l'épithélium et du tissu conjonctif ;

*Néphrites systématiques interstitielles ou cirrhotiques.* D'origine glandulaire et vasculaire, elles sont produites par le saturnisme et la goutte ou les lésions même des capillaires. D'où leur nom de *systématiques.* (*Congrès de Blois.*)

*Complication de gangrène.* Une femme de trente-huit ans entrait à l'hôpital Tenon, service de M. Hanot, le 23 mai, pour des accidents de néphrite interstitielle non douteuse. Sortie le 27 juin, elle rentrait de nouveau le 11 juillet et était prise, six jours après, d'une violente douleur dans le mollet gauche avec refroidissement intense de la jambe. Tous les phénomènes de la gangrène humide se développèrent successivement et, en quinze jours, la jambe gauche se sépara en totalité de la cuisse, dans l'interligne articulaire du genou. L'absence complète de fièvre, la température oscillant de 35°,8 à 37°,5 est surtout remarquable. La cicatrisation de l'extrémité inférieure du fémur fut lente, sans que l'état général ait subi aucune modification. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 août.)

*Études sur la pathologie du rein*, par MM. Cornil et Brault ; un volume grand in-8° de 308 pages, avec 16 planches hors texte. Paris, *Librairie F. Alcan.*

Réunion des différents travaux publiés séparément par les auteurs, revus, complétés et mis en ordre par eux.

L'anatomie et l'histologie pathologique de l'organe, les lésions des cellules, des tubes urinifères, des glomérulites forment les deux premières parties, et la troisième, plus de la moitié de l'ouvrage, contient les mêmes recherches faites dans les maladies particulières : Congestion, infarctus, néphrites sous leurs différentes formes, effets de la compression et de l'obstruction, des bactéries, etc. La pathologie si variée du rein, dans tout ce qu'elle a de plus obscur et caché dans ses lésions anatomo-histologiques, est ainsi éclairée, non seulement par des descriptions précises, mais encore figurée par de belles planches montrant les lésions elles-mêmes. D'où l'importance de cet ouvrage pour qui veut connaître les différentes lésions des nombreuses maladies de cet organe.

**NÉPHRORAPHIE.** Cette nouvelle opération : la fixation du rein mobile ou flottant, semble devoir s'ajouter définitivement à la chirurgie rénale, déjà si riche en méthodes et procédés divers. En se substituant à l'excision du rein ou néphrectomie, employée par les Allemands en pareil cas, elle rentre dans la chirurgie conservatrice comme la néphro-lithotomie; c'est donc un progrès à enregistrer.

Au premier exemple cité l'année dernière page 291, s'en est bientôt ajouté un second. Le 9 octobre 1883, le docteur Svensson présentait une jeune fille de vingt et un ans ayant subi cette opération pour une ectopie rénale, qui déterminait des douleurs atroces rendant la vie insupportable.

Par une incision faite sur le bord externe du muscle sacro-lombaire, le rein fut découvert, attiré dans la plaie et fixé au tissu fibreux par 14 points de suture n'intéressant que la capsule. Aucune complication ne s'ensuivit et le rein est resté parfaitement fixé. L'opérée se porte bien, elle est de bonne humeur et peut se livrer à ses occupations. (*Soc. des méd. danois; Hygiea*, 1883.)

L'opération, quoique dangereuse, se justifie donc par le résultat et doit être préférée à l'extirpation de l'organe qui expose à la néphrite de l'autre rein et à la mort quand il manque, comme un exemple en a été relaté l'année dernière. Voy. NÉPHRECTOMIE.

Un troisième succès en a été obtenu par M. Greig Smith à l'Infirmerie royale de Bristol sur une femme de trente-

ıuf ans, accouchée depuis un mois de deux jumeaux. le se plaignait de vives douleurs dans le ventre, et les tribuait à une tumeur mobile perçue avant sa grossesse. ı ventre volumineux et tombant, aux parois épaisses, ne ırmettait pas l'exploration complète. Mais une grosseur ı volume et de la forme du rein se mouvait librement ıns tout le côté droit, jusqu'à disparaître derrière la ête iliaque. Un rein flottant fut diagnostiqué, et celui-ci ıuvant se confondre avec un ovaire à long pédicule, ıuverture du ventre fut décidée pour s'en assurer. Le in fut rencontré très mobile au milieu d'un sac flasque rmé par le péritoine graisseux. Remis en place, il était ırfaitement perçu à travers la peau et les muscles. Il s'agis- ıit de le fixer là par une suture au catgut, entre la surface ı rein et les muscles adjacents, à l'aide d'une longue guille courbe introduite sous la peau. Mais la surface du ·in ne put donner prise à celle-ci et ce fut avec la main auche, soutenant en dedans le rein en place, en maintenant aiguille en dehors avec la droite, que cet organe, dirigé ır la pointe de l'aiguille en diverses directions, put être ıissé *in situ*, espérant que l'inflammation locale en résul- ınt suffirait à l'y retenir définitivement.

La plaie, fermée et pansée antiseptiquement, se cicatrisa n huit jours, sans autre complication qu'une urine sangui- olente le quatrième jour. Toute douleur cessa pendant ix semaines. Puis des douleurs vagues reparurent avec de :équentes envies d'uriner, bien que le rein fut en place. ·es accidents, en persistant depuis un an, quoique atténués epuis l'opération, sont attribués à la ménopause. (*Lancet*, juillet.)

**NERFS.** *Allongement de la moelle épinière.* Ce n'est ssurément pas en ouvrant le canal spinal que l'on peut voir pensé à réaliser directement ce procédé. Le profes- eur Hegard, qui en est l'auteur, s'est fondé sur ce que la noelle spinale peut être allongée effectivement par la cour- ıure ou l'incurvation forcée de la colonne vertébrale. Il y ırocède en faisant asseoir le patient, les genoux tendus ıussi droits que possible. Il s'agit alors de rapprocher les ıieds du menton lesquels, en étirant les sciatiques, ne nanquent pas, en réagissant sur la moelle, d'en allonger

la partie inférieure. Les douleurs du bassin chez la femme et les phénomènes douloureux provenant des branches lombaires ont été combattus utilement par ce procédé dans quelques cas. (*Lancet*, 24 mai.)

*Isolement de la sensibilité de la motilité.* Dans ses tentatives pour décomposer par divers réactifs la propriété physiologique des fibres nerveuses des nerfs mixtes, le professeur Moriggia a trouvé que les acides minéraux et organiques dilués, appliqués directement à nu sur le nerf, abolissent entièrement la sensibilité en moins de 15 minutes. L'action de l'acide, en persistant de trois à cinq, produit une hyperesthésie aussi durable. Ces propriétés, si elles se confirment, pourraient donc servir dans plusieurs névralgies superficielles. (*Arch. de biol.*, t. IV.)

*Suture.* Deux brillants succès de *suture secondaire*, communiqués par M. Tillaux à l'Académie des sciences, ont remis cette question à l'ordre du jour. Toutes les objections anatomo-physiologiques, histologiques et empiriques, déjà faites à ceux de Nélaton et Richet, ont été reproduites, sans pouvoir les expliquer autrement que par la réunion immédiate des deux bouts et le rétablissement du courant nerveux dont ils sont une preuve incontestable. En voici l'exposé :

Caroline S., âgée de vingt-trois ans, se fait une plaie transversale profonde à la face antérieure du poignet droit en nettoyant les vitres, le 2 novembre 1883. La plaie guérit, avec persistance d'une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf. Incapable ensuite de travailler pour gagner sa vie, cette fille vient, le 4 mars 1884, demander qu'on lui rende l'usage de sa main droite. Il existe en effet au poignet une cicatrice rectiligne transversale, douloureuse à la pression, avec une saillie nette à ce niveau. La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar et la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température. Quoique moins marquée, l'anesthésie est très manifeste sur la moitié externe de l'annulaire. La malade plonge l'extrémité des doigts paralysés dans l'eau bouillante et

masse des charbons ardents sans éprouver aucune sen-
ion. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés
ec abolition du mouvement d'opposition du pouce; des
oubles trophiques existent sur l'index et le médius. Tou-
s ces parties sont violacées et plus froides que du côté
posé.

Le 19 mars, la malade étant chloroformée, une incision
rticale met à découvert les deux bouts du médian, dis-
nts de 1 centimètre l'un de l'autre. Le bout central
nflé formait la saillie signalée, le bout périphérique était
filé. Leur extrémité fut excisée avec des ciseaux, en don-
nt une surface de section fraîche et égale qui fut réunie
ns pince avec une aiguille très fine armée d'un crin de
lorence. Les deux bouts furent rapprochés et noués dou-
ement, en plaçant les deux surfaces coupées dans une
rfaite juxtaposition égale, sans aucune interposition ni
iversion des parties réunies. Le crin fut coupé à ras du
œud, et la plaie, suturée par dessus avec des fils d'argent,
t ensuite drainée et pansée antiseptiquement en immo-
ilisant la main dans la flexion.

Dès le deuxième jour, l'opérée accuse des picotements,
es élancements sur la surface palmaire de l'index et du
médius. Le lendemain, l'index et le médius perçoivent le
ontact d'une épingle promenée doucement à leur surface.
a sensibilité augmente graduellement les jours suivants,
t quand on enlève le pansement, le huitième jour, la plaie
tait complètement cicatrisée. Dès le 1er mai, cette fille
emande sa sortie pour reprendre sa profession, car depuis
lusieurs jours elle travaille à l'aiguille et au crochet. Les
roubles trophiques ont disparu.

Une femme de vingt-huit ans, à l'hôpital pour une affec-
on abdominale, témoin de ce succès, demande à être
pérée aussi, car elle présentait les mêmes symptômes
aralytiques depuis quatorze ans. Étant tombée en 1870
ur un éclat de bouteille, une plaie profonde en résulta
la face antérieure du poignet droit. La même opération
t dès lors pratiquée le 30 avril. Dès le lendemain, ses
oigts ne sont plus insensibles, elle y ressent des élance-
ients douloureux. En quelques jours, la sensibilité à la
ouleur, au toucher et à la température était complète-
nent rétablie et la motilité s'est améliorée ensuite, mal-

gré l'atrophie de l'éminence thénar diminuée par l'électricité.

Dans l'impossibilité d'invoquer ici comme fin de non-recevoir la dégénérescence et l'absence de tubes nerveux dans le bout périphérique, pas plus que les anastomoses ou les réflexes du bout central, force est bien d'admettre que la clinique, plus consolante que la théorie et les expériences, montre la réunion et la régénération où l'on n'osait l'espérer. Une revue sur ce sujet, par M. Chaput, témoigne de ce fait important par 8 observations authentiques où le même résultat a été obtenu. L'analyse des 66 cas opérés dans ces dernières années montre que, sur 39 sutures primitives, il y eut 17 régénérations et 7 réunions, tandis que dans les 27 sutures secondaires, il y eut 12 régénérations et 8 réunions sans un seul cas de mort.

D'où la conclusion que cette suture, absolument innocente, peut être suivie de réunion immédiate avec retour presque instantané de toutes les fonctions. Elle a donné en effet 66 succès sur 100, aussi bien faite primitivement que secondairement, les résultats étant surtout à l'avantage de celle-ci. (*Archiv. de méd.*, août et septembre.)

A l'appui de cette dernière proposition, voici un fait inédit non moins concluant que les précédents.

Un garçon de quinze ans se fait une coupure en avant du poignet gauche, dans la première semaine de septembre, en brisant un cruchon d'eau de Seltz. La plaie, réunie, se cicatrise en trois semaines et le blessé vient à la fin de novembre à l'Infirmerie royale de Liverpool pour faiblesse et perte de sensibilité de la main. Elle est amaigrie et l'éminence thénar atrophiée; une cicatrice dure s'étend transversalement depuis le bord inférieur de l'avant-bras jusqu'à un pouce au-dessus du poignet. Perte de sensation au bout du pouce et des deux premiers doigts, ainsi que de la pointe de l'annulaire. Les piqûres d'épingles sont perçues à peine à la surface palmaire de ces doigts. La sensibilité est aussi diminuée sur leur face externe, de même que du côté radial de la paume, tandis qu'elle est intacte sur le dos de la main. Celle-ci est partiellement fléchie avec perte des mouvements du pouce et des deux premiers doigts.

Jusqu'à la fin de l'année, la main reste placée sur une attelle avec mouvements passifs des doigts paralysés chaque

natin, sans aucune amélioration apparente. Le blessé entre lors à l'infirmerie, le 3 janvier, où M. Rayner pratique, près éthérisation, une incision de deux pouces et demi à ravers la cicatrice. Le nerf médian, découvert de haut en as, était étroitement compris et serré dans la cicatrice vec un renflement fusiforme immédiatement au-dessus, ndis qu'il était réduit, atrophié au quart de son volume ormal au-dessous. Toute cette partie de la cicatrice étant ccisée, les bords de la plaie furent réunis, et un fil de atgut placé comme drain à l'intérieur, le tout fait antiptiquement.

Deux jours après, la sensibilité revenait dans les doigts t, par cette amélioration graduelle, toute la main reprit sa ensibilité normale en trois semaines. L'opéré quitta l'hôpital 7 février, pouvant tourner facilement le bouton de la orte. Il est employé depuis dans une papeterie où il se ert aussi bien de la main gauche que de la droite, montant par là qu'une cicatrisation vicieuse des parties molles uffit à intercepter la sensibilité des nerfs, comme leur ivision ou leur impaction dans un cal osseux. (*Lancet*, 5 mars.)

*Étirement.* Une balle ayant sectionné le nerf médian et ne partie du cubital au pli du coude à un Arabe blessé au 'onkin, le membre fut immédiatement pris d'une trépidaion épileptoïde. L'élongation des branches terminales du lexus brachial à la sortie de l'aisselle amena la disparion complète de cette trépidation en rompant sans doute action réflexe de la moelle. (*Soc. de chirurg.*, 17 décembre.)

**NEURASTHÉNIE.** On confond généralement sous ce ouveau titre divers états de dépression nerveuse et menale qui sont ainsi réunis *pell mell* sans distinction, comme e montre le docteur Liebmann par un coup d'œil rétropectif sur l'histoire de cette affection. Il propose la classication de ces désordres en neurasthénie, irritation spinale t en rachialgie pelvienne, dont il trace ainsi les caractères ifférentiels :

La *neurasthénie* est une faiblesse nerveuse essentielle, sans ésion organique appréciable, avec prostration de la sphère notrice et intellectuelle. Le moindre exercice physique ou

mental amène rapidement la fatigue, et tout travail intellectuel devient impossible. Il s'y mêle rarement de la douleur vertébrale ou de l'irritation spinale, et de tous les nerfs sensitifs, ceux de l'encéphale sont seuls intéressés. La nutrition est altérée avec maigreur; les facultés psychiques sont atteintes avec perte de la mémoire et confusion des idées, sommeil troublé et insomnie; mais le symptôme le plus apparent est la faiblesse musculaire.

L'hérédité et toutes les causes d'excitation nerveuse, comme le chagrin, les troubles mentaux, l'excès de travail d'esprit, les abus vénériens et les pertes séminales en sont les principales. L'allaitement avait produit une prostration nerveuse considérable chez une jeune femme dont le sang était normal.

Le repos corporel et mental à la campagne, sans émotions ni chagrins, avec la faradisation générale, sont les meilleures conditions de la guérison.

L'*irritation spinale* se distingue quand, dans cet état de prostration nerveuse, une douleur dorsale se manifeste surtout après la fatigue. Plusieurs vertèbres sont généralement sensibles et cette douleur est stable et ne varie pas comme dans la forme symptomatique. Toute irritation mécanique ou électrique augmente la sensibilité de cette région, comme tout exercice et surtout la flexion du tronc. La souffrance semble ainsi venir des reins. Des douleurs névralgiques et des contractures musculaires peuvent coexister en diverses parties.

La maigreur, avec une expression de souffrance et d'anxiété, s'observe. Le diagnostic est ici plus grave par l'hypérémie ou l'anémie de la moelle, le tabes pouvant en résulter.

Des douches journalières et même les antiphlogistiques locaux, ventouses, sangsues et dérivatifs avec la teinture d'aconit ou de gelsemium à l'intérieur, sont les meilleurs moyens en faisant disparaître les causes appréciables de l'hypérémie médullaire. L'hérédité ne peut ainsi être combattue qu'en modifiant les conditions climatériques et en employant des courants galvaniques descendants.

La *rachialgie pelvienne* se distingue de l'irritation spinale en ce qu'elle n'apparaît jamais avant une affection de la prostate, des ovaires, de l'utérus, l'urèthre ou d'autres désor-

lres pelviens. L'hérédité nerveuse suffit pourtant à la favoriser. Si l'irritation spinale cesse avec les troubles pelviens, on peut affirmer que la rachialgie, la sensation de brûlure dans la région lombaire étaient symptomatiques de ceux-ci, comme l'écoulement muqueux après la défécation ou la miction l'est de la prostatite chez l'homme et d'une inflammation du col chez la femme.

Contrairement à ce qui s'observe dans l'irritation spinale, l'appétit reste bon et les malades ont une apparence de santé et de bien-être qui peut induire les parents, les amis et jusqu'au médecin à croire ces douleurs exagérées ou simulées, imaginaires. Le traitement est aussi tout différent. Le repos est ici malfaisant et l'exercice indispensable avec des laxatifs salins. Un homme atteint de prostatite chronique depuis dix ans — et dont les symptômes rachialgiques, douleur brûlante des lombes, la langueur et l'irritabilité le firent traiter pendant tout ce temps pour une irritation spinale — n'en fut nullement soulagé, tandis que l'exercice, les promenades, l'équitation amenèrent aussitôt de l'amélioration.

Un caractère différentiel de ces deux états est l'instabilité des symptômes de la rachialgie vraie. Les malades offrent les plus grands changements de corps et d'esprit. Aujourd'hui gais et joyeux, libres dans leurs mouvements par l'absence de douleurs, leurs yeux expriment le bonheur, excepté après la miction et la défécation qui les plongent dans la prostration, la souffrance, la détresse. Les vertèbres lombaires sont sensibles, douloureuses sur leurs apophyses, mais sans rien de semblable dans les moments de bien-être. La réapparition intermittente de ces douleurs est un des meilleurs signes de la rachialgie pelvienne, confirmée par le défaut de la céphalalgie, d'autres névralgies et l'insomnie. Ces malades se trouvent si bien dans le lit qu'ils y restent longtemps. Mais le repos des organes génito-urinaires dans cet état est contraire à leur guérison.

Le pronostic est donc subordonné à l'état des organes pelviens et à leur guérison possible. Le sulfate de magnésie avant le déjeuner, deux ou trois fois par semaine, avec l'exercice, la gymnastique, les jeux et une grande modération dans les plaisirs vénériens, sont les meilleurs moyens contre cette rachialgie symptomatique. (*Suffolk med.*

*Society*, 12 mars et *Boston med. and surg. journal*, n° 20.)

**NÉVRALGIES.** *Acide osmique.* Une solution à un pour cent, employée à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme exceptionnellement en injections sous-cutanées, *loco dolenti* par Eulenburg dans 12 cas de névralgies aiguës et très douloureuses, siégeant en diverses parties du corps, a donné les résultats suivants : Rougeur temporaire ou gonflement autour de l'injection, sans autre complication, 3 guérisons sans récidive de deux à quatorze semaines après, 4 améliorations plus ou moins prononcées, 5 insuccès. Subséquemment 7 névralgies traitées de la même manière ont donné 4 guérisons, dont 2 sciatiques, 1 lombaire et 1 intercostale; en tout 7 guérisons sur 19 cas. D'où la conclusion que la guérison s'est produite seulement dans les cas de névrite ou périnévrite, car ces injections de 3 à 14 sur chaque malade ont été pratiquées dans l'espace de une à six semaines. (*Berlin. klin.*, *Woch.*, 18 février.)

*Gulstonnian lectures on neurosis of the viscera.* Ces conférences annuelles et publiques, instituées en Angleterre au nom ou par des hommes célèbres, comme les *Harveian*, les *Hunterian*, les *Lumleian*, les *Croonian lectures*, sont destinées à résumer l'état de la science sur un sujet choisi, indiqué ou fixé par le fondateur pour en marquer les progrès depuis leur institution. Analogue à celle des prix académiques fondés en France, et mis au concours sur le sujet indiqué par le donateur, cette institution a l'avantage d'en faire profiter tous ceux qu'elle concerne ou intéresse, tandis que les mémoires adressés aux Académies ou Sociétés savantes, et même ceux qu'elles couronnent, ne reçoivent le plus souvent qu'une publicité locale très limitée. Les corps savants, chargés de ces conférences, choisissent ainsi dans leur sein les membres les mieux qualifiés à cet effet, et c'est pourquoi le Collège royal des médecins de Londres a appelé le docteur Clifford Allbutt à donner les *Gulstonnian lectures* en 1884.

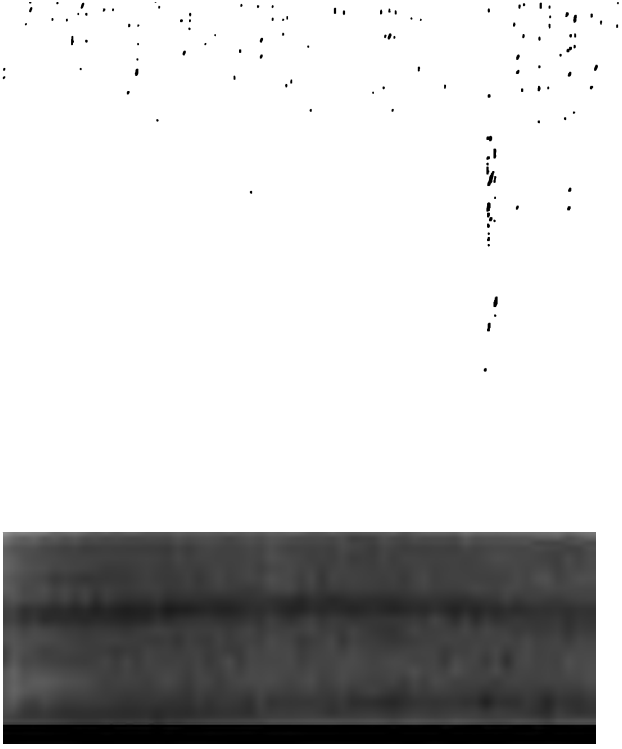
L'objet de la première est la gastralgie et la dyspepsie; l'hystérie vient ensuite et l'entéralgie clôt la série de ces trois conférences rendues également instructives et intéressantes par la manière savante et humouristique dont elles

nt été faites. A une science profonde et une grande éru-
ition, l'auteur a joint de nombreux faits cliniques à l'ap-
ui de ses propositions et qui sont autant de types des
incipales variétés de ces névroses protéiformes. Il met sur-
ut en évidence l'erreur qu'il y a à les considérer, de même
ie les gynécologistes, comme les effets de névralgies utérine
ı ovarienne, d'un utérus irritable, d'une névrosthénie ou
ıtres termes cachant l'ignorance d'un diagnostic précis.
nsi se trouvent résumés et condensés en quelques pages
un style clair et précis les plus récents progrès accomplis
ır les différents problèmes de la pathogénie et du traite-
ent de ces névroses. Une bonne traduction en français
rait profitable pour élucider ces questions en vogue de la
urologie et ne pourrait qu'être bien accueillie. (*Lancet*,
; et 22 mars, 5 avril.)

**Névralgies diabétiques.** Voy. DIABÈTE.

**Névralgie faciale.** *Guérison par l'excision d'un névrome ingival.* Un homme souffrait depuis six ans de douleurs troces dans la joue droite dont le point d'origine était ans le maxillaire inférieur. Tous les moyens ayant échoué, ı malade fut envoyé à Paris pour subir la résection du nerf. A l'examen, M. Prengrueber constate sur le rebord gin-ival, au niveau des deux petites molaires inférieures droites, ne saillie grosse comme une demi-tête d'épingle dont le ıoindre froissement provoquait des douleurs atroces. Il excise aussitôt avec la muqueuse qui la recouvre et de uite les douleurs cessent : le malade a recouvré le sommeil t peut être considéré comme guéri. (*France méd.*, p. 1347.)

**Névralgie alvéolaire.** Cette nouvelle variété, inconnue ısqu'ici en France, a été décrite d'après Gross (de Phila-elphie) sous le nom de *névralgie maxillaire.* (Voy. *an-ées* 1870-71.) Le professeur Duplay, qui l'avait signalée le remier, en a rencontré un exemple à l'hôpital Lariboisière ır un tailleur de trente-huit ans, entré dans son service le 4 janvier dernier. Elle s'est déclarée trois à quatre ans près l'avulsion de la deuxième grosse molaire inférieure roite dans l'alvéole même. D'où le nom qui lui est imposé i comme plus précis.



s la cicatrisation, sans récidive. Mais elle succomba ' mois après. (*Deutsch med. Woch.*, n° 20.)

**ÉVRITE PROFESSIONNELLE.** Le professeur Leudet Rouen) se distingue particulièrement chaque année, aux grès de l'Association française pour l'avancement des nces, par l'une de ces petites découvertes pratiques faites microscope grâce à son esprit profondément observa- '. Telle est l'*inconscience* signalée l'année dernière dans hyxie résultant de la vapeur de charbon par l'action ang intoxiqué sur le cerveau. L'inflammation du nerf tal par des contusions lentes et répétées dans certaines essions en est un autre exemple du même genre. Tel e cas du menuisier qui, pour raboter, appuie le bord tal de la main; du teinturier qui, pour tordre une anse oton, tourne vigoureusement en sens inverse du point ache une cheville engagée dans cette anse; de l'indien- qui frappe toute la journée sur une étoffe à l'aide gros marteau à imprimer; du cordonnier qui tire son ı le serrant sur le bord interne de la main. Dans tous nouvements de vigueur, les filets nerveux sont évi- nent malmenés, heurtés, et, comme la plupart de ces idus sont prédisposés à l'alcoolisme, on conçoit le déve- ement de la névrite. Les symptômes caractéristiques tatés par lui sont une douleur précédée de l'engour- ment des deux derniers doigts. La guérison est com- ; il est très rare qu'on voie se produire l'atrophie des osseux et des muscles de l'éminence hypothénar, cette e de névrite ayant au reste peu de tendance à s'étendre centres. Le traitement a consisté dans le repos, l'appli- n de petits vésicatoires, la faradisation ou les courants inus; dans ces conditions, M. Leudet croit à la repro- ion des tubes nerveux, conformément aux expériences ripier.

# O

**CCLUSION.** L'obstacle qui la produit n'est pas toujours lentel; il résulte parfois de difformités congénitales qui ent toute opération inutile, comme il s'en rencontre

[illegible]

[illegible] éventualité [illegible]

[illegible] sous le nuage [illegible] pour s'assurer, [illegible] l'obstacle à en- [illegible] résultats de [illegible] qu'il faut [illegible] applications [illegible] général du [illegible] secours à en [illegible]

[illegible] en mai [illegible] constipation dans [illegible] graduellement plus [illegible] le 6 décembre, [illegible] les lavements et [illegible] jusqu'au [illegible] Les gaz passè- [illegible] constipation opiniâtre, le [illegible] l'état restait sup- [illegible] mouvements; elle dor- [illegible] à cause de la tympanisation [illegible] l'arrêt des gaz que le [illegible]

[illegible] l'abdomen distendu n'était [illegible] de l'intestin, ap- [illegible] continuelle et opposée, [illegible] à l'intérieur. La douleur était [illegible] pour cette femme courageuse [illegible] accepta sans hésiter l'exploration [illegible] prolonger sa vie pour le bon- [illegible] à de simples adhérences [illegible] aucun des quatre consultants [illegible]

La [illegible] largement incisée et trouvée ad- [illegible] Le petits nodules cancéreux existaient sur le péritoine environnant, mais aucune bande ni adhé- rence compressive de l'intestin ne put être rencontrée. Il [illegible] pour trouver l'occlusion dans le colon des- cendant, juste au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Une masse

ıre, cancéreuse, en remplissait le calibre et produisait une ;ne cicatricielle, comme un rétrécissement.

Dans l'impossibilité d'exciser cette partie et d'en réunir ı deux extrémités, l'intestin fut ouvert sur l'obstruction ême qui donna issue à un flot de matières demi-solides, mâtres, mêlées de gaz. Un anus artificiel en résulta à la gion pubienne à la partie inférieure de l'incision, juste rrière la vessie. Il n'y eut pas de complication et l'opérée t se lever bientôt. Un appareil adapté à l'anus artificiel permit de contrôler ses selles, et elle passa ainsi l'été de 82, dans un état relativement confortable, en se privant la société. Mais les dépôts cancéreux ne manquèrent s d'augmenter, et une tumeur apparut bientôt à l'épistre qui détermina la mort le 10 octobre, après une survie dix mois. Ce fut donc un succès relatif.

Mais il n'en fut pas de même dans le second cas que le ɜmier avait encouragé à entreprendre. Il s'agissait d'une nme souffrant d'une constipation opiniâtre depuis trois naines. Aucun inconvénient spécial n'en résultait, sinon ppréhension que cette constipation ne fût le signe d'un ncer intestinal héréditaire dans sa famille et dont trois ɜmbres étaient morts. Chez deux, la constipation en avait ; le premier et le principal symptôme, sans aucune autre uffrance que celle provoquée par de violents cathartiques l'elle refusait expressément. Des lavements laxatifs étaient uls employés pour son soulagement.

Jusqu'au 22 juin 1882, les signes ordinaires de l'occlu- ɔn : douleurs, nausées, vomissements, tympanisation, meur, pouls petit, élévation de la température, firent faut. Le lendemain seulement, le tympanisme augmenta ec de violentes coliques nocturnes. La colotomie fut usi proposée, acceptée et pratiquée le 25 juin, après sept maines d'occlusion complète de l'intestin. Dans l'incerti- de de son siège, une incision de trois pouces fut faite au isinage de la ligne semi-lunaire droite, en dehors du rd externe du muscle droit, sous le *spray* et avec toutes ı précautions antiseptiques. Deux branches de l'artère igastrique furent sectionnées. L'épiploon adhérent au ɜcum fut divisé entre deux ligatures par crainte d'hémorragie. L'intestin distendu par les gaz était d'un rouge ofond par places, tout en conservant son lustre brillant.

Le rétrécissement était difficile à trouver, on chercha longtemps et, de guerre lasse, sans l'avoir découvert, un anus artificiel fut créé dans le cœcum. La distension des anses intestinales fut une cause d'embarras et l'on s'aperçut trop tard qu'il eût été préférable de les vider tout d'abord par l'ouverture de cet anus, suivant la méthode de M. Lawson Tait. L'opération avait duré une heure et demie, un grand shock en résulta et l'opérée ne s'en releva pas. La mort eut lieu cinq heures après.

Un squirrhe annulaire du colon descendant à dix-huit pouces de l'orifice du rectum, obturant complètement l'intestin, fut rencontré à l'autopsie. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 7.)

De cette relation succincte, il résulte avec évidence que le diagnostic du siège et de la nature de l'occlusion ne paraît pas avoir été fait avec tout le soin nécessaire. Il n'est rien dit du kyste enlevé peu de temps avant le développement du cancer et qui eût pu en annoncer l'invasion, dans le premier cas. N'eût-il pas été possible également d'en fixer le siège d'avance dans le second, surtout avec la connaissance d'une hérédité manifeste et de sa localisation ordinaire autour de la valvule iléo-cœcale? Avec ces données précises, une colotomie simple et rapide, pratiquée d'emblée pour évacuer l'intestin, eût eu probablement des conséquences moins fatales comme l'auteur le reconnaît. C'est donc un avis pour l'avenir.

Ces déplorables méprises ne sont pas rares en pareil cas, et il est probable même que la facilité d'éclairer le diagnostic par l'ouverture du ventre tende à les rendre de plus en plus fréquentes, comme dans l'exemple suivant. Une multipare de quarante ans entre à l'hôpital Lariboisière avec les accidents caractéristiques d'une occlusion intestinale. La mort paraissant imminente, on fait appel au chirurgien. M. Bouilly, tout en constatant la présence d'une volumineuse tumeur dans le flanc droit qui remontait à sept ans, et sans se donner le temps de vérifier ce qu'elle pouvait être, s'empressa de lever avant tout l'étranglement par une incision du ventre. On tomba sur un kyste fœtal à parois fibreuses épaissies par un tassement de fausses membranes péritonitiques anciennes.

Il fallut donc l'énucléer, avant d'aller plus loin. On s'aperçut ensuite que l'intestin, traversant la coque périto-

nitique en haut et en arrière de cette capsule, était étranglé. On débrida à petits coups de ciseaux et dès que la libre circulation des gaz en aval montra la libération de l'obstacle, sans inspecter l'intestin plus loin, on s'empressa de terminer le pansement. L'opérée succomba dans le collapsus, le surlendemain, avec la persistance des phénomènes d'occlusion, et M. Notta, interne, découvrit à l'autopsie qu'un second étranglement existait plus bas, à 80 centimètres de la valvule de Bauhin; la présentation des pièces justificatives à la Société anatomique l'a démontré. Conclusion : opération hardie, brillante, rapide et complètement inutile.

*Danger de l'excitation du grand sympathique.* Après une gastrotomie s'étendant de l'ombilic au pubis, le chirurgien introduisant sa main dans le péritoine, l'opéré, quoique plongé dans le sommeil chloroformique, pâlit tout à coup et se refroidit; le pouls se ralentit, devint filiforme et les mouvements respiratoires s'accélérèrent d'une manière exagérée en diminuant de profondeur. Il semblait que la mort allait arriver par syncope.

A deux reprises, des accidents semblables se reproduisirent sous l'influence de la même cause, cessant aussi vite qu'ils s'étaient manifestés, dès que le chirurgien retirait sa main de l'intérieur du ventre.

L'opération s'acheva sans autre incident que celui-là. Une péritonite se déclara soixante-douze heures après et enleva le malade.

M. Blondeau rapproche ce fait des résultats obtenus par Claude Bernard dans ses expériences sur les animaux, relatives aux fonctions du grand sympathique : il a, en effet, démontré que la galvanisation de ce nerf avait pour conséquence de faire contracter les petites artères, au point que la circulation s'arrête, et d'amener, par le fait de cet arrêt dans le cours du sang, le refroidissement des parties.

Les troubles de la respiration pouvaient s'expliquer par une action réflexe du grand sympathique excité sur les nerfs respiratoires. (*France médicale*, p. 281.)

*Électrisation.* Deux nouveaux succès en sont relatés par M. E. Monod avec des courants faibles et continus, prolongés pendant cinq à six jours à deux séances d'une demi-

heure chaque jour dans le premier cas et seulement huit séances dans le second. Une sonde rectale est mise en communication avec le pôle négatif, tandis que deux réophores du pôle positif agissent sur l'abdomen. Lorsque l'étranglement survient brusquement et que l'obstacle mécanique constitue le danger pressant, les courants faradiques, par les contractions énergiques qu'ils produisent, communiquent à toute la masse intestinale un ébranlement qui peut amener la réduction ou le dégagement de l'intestin.

Dans l'occlusion à marche lente, au contraire, le symptôme dominant est la parésie intestinale; la cause même de l'occlusion ne vient qu'en seconde ligne et les efforts de la thérapeutique ne s'adressent à elle qu'indirectement. Ranimer les contractions d'un intestin qui a perdu sa tonicité, voilà l'objectif : on atteindra ce but en s'adressant à un flux électrique faible et permanent. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

*Tube rectal.* Pour administrer les lavements forcés dans le colon, le docteur Bush emploie un tube en caoutchouc aussi uni que du verre, de 20 pouces de long, qu'il introduit tout entier dans le rectum. Le malade étant couché sur le côté gauche, on injecte facilement des lavements abondants qui dilatent les parois intestinales à une hauteur considérable, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, après des doses suffisantes d'opium. Ils doivent être fréquemment renouvelés et conservés chaque fois aussi longtemps que possible. Trois cas ont été traités ainsi avec succès, sans que cette dilatation mécanique ait causé de la souffrance, ni altéré la structure ni les fonctions de l'organe. (*Boston med. and surg. journal*, 1883.)

**Occlusion calculeuse.** 48 cas collectés par M. Trèves en montrent la fréquence et la présentation de l'exemple suivant ayant provoqué la relation inédite de 5 cas analogues, celui-ci ne peut avoir d'intérêt que par son côté pratique.

Une célibataire de quarante-deux ans souffrait depuis dix-sept jours d'obstruction intestinale. La constipation durait depuis deux jours, le 5 novembre dernier, quand, à l'examen, M. Wilks trouva l'abdomen peu distendu, malgré des nausées et des vomissements fécaloïdes. Ces accidents persistèrent jusqu'au 21, lorsqu'un lavement amena l'expul-

sion d'un gros calcul trouvé dans le vase. Un second fut rendu le lendemain dans les matières fécales. Dès lors tous les accidents disparurent et cette femme se rétablit, sans que l'on pût exactement savoir d'où venaient ces calculs. Le premier, avec une face concave, pesait 250 grains et le second 130 seulement.

Des exemples analogues figurés par Frerichs, Fagge et Murchison font admettre que ces calculs provenaient de la vésicule biliaire, quoiqu'il n'y eût aucun antécédent pouvant en donner l'indice, l'absence d'ictère entre autres. Mais la fréquence de cette origine par ulcération de la vésicule avec l'intestin rend cette hypothèse la plus probable. (*Pathol. Society*, 16 décembre.)

*Vices de conformation.* Un jardinier de cinquante-six ans éprouve de vives douleurs dans le bas ventre avec phénomènes d'occlusion. Après cinq jours de traitement interne, la laparotomie antiseptique est pratiquée sans rencontrer ni étranglement ni péritonite. L'occlusion persistant, l'opéré succombe trois jours après. L'autopsie constate le passage du colon ascendant par un trou du mésentère à gauche où il est fixé par une adhérence qui empêche ainsi le cours des matières.

Chez un enfant né à terme, mort quatre jours après sa naissance avec des signes d'occlusion intestinale, Tscherning constate à l'autopsie un kyste sphérique, de cinq centimètres de diamètre, implanté sur l'intestin tordu sur son axe au niveau de la ligne mésentérique. Ce sont donc là des cas inopérables. (*Archiv. méd. du Nord.*)

**Occlusion du rectum.** Au seizième jour de sa naissance, un nouveau-né n'avait encore expulsé aucune matière fécale, lorsqu'il fut présenté au docteur Tichenor avec le ventre ballonné à la dernière limite et dans un état grave. Un petit spéculum fut introduit dans l'anus et poussé fermement jusqu'à la résistance. Ouvert alors avec soin, il laissa voir une membrane au fond qui fut divisée transversalement avec le bistouri. Des gaz s'échappèrent bruyamment aussitôt. Une seconde incision perpendiculaire amena du méconium en quantité. Néanmoins, le ballonnement persista trois jours consécutifs, et l'enfant guérit. (*The Or-*

*leans med. and surg. journ.*, 1883.) N'est-ce pas là l'analogue des cloisons valvulaires? Voy. ANUS IMPERFORÉ.

**OSTÉITES.** Ce terme est trop vague, selon M. Poulet, du Val-de-Grâce. Aux termes de carie et de nécrose, il convient de substituer des dénominations plus précises indiquant la spécificité de ces lésions. Elles sont ainsi très différentes et caractéristiques entre l'ostéite du crâne suivant qu'elle est tuberculeuse ou gommeuse syphilitique. Tandis que la perforation est unique, arrondie, irrégulière, taillée en biseau aux dépens de la table interne, siégeant à la partie supérieure et postérieure du pariétal dans la première, la seconde offre des distinctions complètes.

Les lésions osseuses ont l'aspect circiné de celles de la peau. Au lieu d'un trou unique, il y en a un grand nombre de plus petits, entourés d'os condensé, éburné, ce qui rend celui-ci, malgré ces pertes de substance, plus lourd qu'à l'état sain. Ces trous représentent autant de petites galeries spiroïdes analogues à la rampe du limaçon. De là, la séquestration de l'os par la perte de ses connexions vasculaires. (*Soc. de chir.*, avril.)

**Ostéite tuberculeuse du calcanéum et de l'astragale.** *Extraction.* Elle constitue une excellente méthode, quand le calcanéum seul est pris, aussi facile dans son exécution que favorable dans ses résultats. Selon le professeur Ollier, sur 16 opérés, il y a eu 12 guérisons complètes au double point de vue fonctionnel et anatomique. Les pièces provenant d'un de ses opérés, mort de granulie aiguë un an après l'extraction, montrent un calcanéum ostéo-fibreux nouveau, formant une saillie postérieure de 4 centimètres en arrière. 2 sont morts de pourriture d'hôpital et un de granulie. L'amputation a dû être faite dans les 2 autres.

Quand l'astragale seule est lésée par lésion traumatique, l'ablation peut encore réussir, mais rarement si l'os est tuberculeux. L'ablation simultanée des deux os n'est guère plus satisfaisante chez ces malades; c'est une mauvaise opération. Pratiquée dans 5 cas, elle n'a rien donné chez une jeune fille. Un autre opéré est sorti amélioré; mais il a dû être opéré ensuite par M. Hermann, l'ostéite ayant gagné les métatarsiens. (*Idem.*)

**OSTÉOCLASIE** et **OSTÉOTOMIE**. Entre ces deux procédés différents pour le redressement des os courbés par le achitisme, le choix est encore loin d'être fixé, précisé. On e peut l'établir que par la comparaison des résultats, suiant le professeur Trélat. Voici ce que la pratique récente ıdique à ce sujet :

Sur 9 ostéoclasies faites à l'hôpital Trousseau par le docıur Reclus, chez des enfants de trois à sept ans : 3 pour enu valgum et 6 pour déformations rachitiques, tous ont uéri, malgré la section du tendon d'Achille. L'ostéoclasie ıanuelle avait échoué dans les neuf cas, tandis que l'appaıil Collin a réussi, si court que fût le bras du levier. Il 'est donc pas exact de dire comme M. Bœckel qu'il échoue ɔrès l'ostéoclasie manuelle lorsqu'elle ne réussit pas chez ıs enfants. Depuis les perfectionnements apportés à cet ppareil par suite de ce jugement, il donne une précision et ne innocuité remarquables. On peut même l'employer avec uccès quand la courbure siège très près de l'articulation.

L'ostéoclasie est la méthode de choix, chez les jeunes enants pour les courbures rachitiques. L'ostéoclasie manuelle réussi en 1878 et 1879 à M. Terrillon pour des courbures achitiques du tibia; mais chez une petite fille de sept à ıuit ans l'ayant subie pour une semblable courbure, la conolidation n'a pu être obtenue par aucun moyen et elle a conervé une jambe de polichinelle, dit M. Berger. L'ostéoclaste ıst donc plus sûr et préférable; mais il faut attendre que es petits infirmes aient atteint dix à douze ans, suivant I. Gillette. Chez un garçon de dix-huit ans, dont un genu 'algum gauche laissait 15 centimètres de distance entre les nalléoles internes par le rapprochement des genoux, il praiqua l'ostéoclasie le 19 mai 1883 à l'hôpital Tenon avec 'appareil Collin. Avec une force de 150 kilogrammes, une racture en résulta immédiatement au-dessous des condyles. ıu mois de décembre suivant, le membre redressé permetait au malade de bien marcher sans cal apparent. On ne ıeut donc rien désirer de mieux. C'est l'opération de choix hez les enfants contre le genu valgum, selon M. Polaillon, t M. Verneuil lui donne la préférence sur l'ostéotomie. Il pratiqué l'ostéoclasie du fémur en juillet dernier sur un dolescent qui a guéri avec conservation absolue des mouveıents du genou.

Malgré tous ces témoignages autorisés, des chirurgiens de province emploient encore l'ostéotomie chez les enfants même très jeunes. Le docteur Dubourg (de Bordeaux) l'a pratiquée avec le ciseau et le maillet sur les deux fémurs d'un enfant de quatre ans, atteint d'un genu valgum double et qui guérit. Il employa de même l'ostéotomie linéaire du fémur pour un genu valgum gauche, avec paralysie du membre. Il fit même celle du tibia contre une incurvation rachitique donnant 9 centimètres d'écart entre les deux malléoles chez un enfant de dix-huit mois! Aussi cette opération est-elle hautement blâmée comme prématurée, inutile et grave, malgré la guérison de ces cas et les photographies représentant les succès obtenus par M. Beauregard (du Havre), contre les courbures rachitiques par l'ostéotomie.

L'ostéoclasie, en produisant une fracture sous-cutanée, n'expose pas à autant de dangers. Sur 59 ostéotomies pour genu valgum, on compte 4 morts et jamais l'ostéoclasie n'a donné de désastres.

L'ostéotomie ne devient ainsi l'opération de choix que chez les adultes et encore paraît-elle devoir être rendue de plus en plus exceptionnelle avec les perfectionnements suivants apportés à l'ostéoclaste. (*Soc. de chirurgie*, 12 décembre.)

Quoique formulée par le premier corps chirurgical, cette doctrine a rencontré deux contradicteurs en province. Le *magister dixit* a perdu son empire devant l'observation et l'expérience individuelles. Avec le docteur Dubourg, M. Beauregard (du Havre) s'associe à ses revendications en faveur de l'ostéotomie linéaire contre le genu valgum rachitique des enfants. Les difficultés qu'il a rencontrées pour le redressement d'un cas de ce genre, compliqué d'incurvation rachitique à droite, par l'ostéoclasie manuelle du fémur de ce côté, ayant amené une parésie du sciatique poplité chez une fille de trois ans et demi, ce chirurgien a résolu de s'en tenir à l'ostéotomie, comme son confrère de Bordeaux.

15 observations d'ostéotomie chez l'enfant, même très jeune, dues à ces deux chirurgiens, sont relatées *in extenso*, pour montrer l'innocuité de cette opération sanglante. 10 enfants y furent soumis, 5 garçons et 5 filles, dont l'âge

de vingt-huit mois à dix ans, une seule fille de
ans fit exception. Aucun ne succomba à ce trauma-
ɛt 3 opérés seulement en éprouvèrent quelques acci-
ıroduits par les fragments osseux. Ce résultat semble
n faveur de l'ostéotomie; mais le fait seul du danger
ılaie extérieure et sa purulence dans plusieurs cas,
l'emploi des antiseptiques, et les nombreux succès
s de l'ostéoclasie manuelle ou mécanique paraissent
donner néanmoins la préférence à celle-ci chez l'en-
'est en n'en tenant pas suffisamment compte et en
ıerchant pas les faits en sa faveur que M. Beauregard
euve de partialité. Il défend sa pratique et plaide
ement pour l'ostéotomie, d'après le procédé de Mac
dans le genu valgum. 101 cas en sont signalés, dont
Angleterre, 10 en Allemagne et en Suisse, 25 en
22 en France avec tous les témoignages autorisés à
. En agissant à coup sûr et très localement au siège
curvation osseuse, cette opération n'a pas les dan-
e la compression des tissus mous de l'ostéoclasie ni
'éaction consécutive qu'elle entraîne. Tous les acci-
ɛt les malheurs de celle-ci sont ainsi opposés systé-
ıement aux succès de celle-là. C'est donc là un
yer très habile en faveur de cette dernière méthode
e genu valgum chez l'enfant, mais non un examen
ratif et concluant, comme il conviendrait de le
sur l'indication et l'opportunité de l'une ou de
chez l'enfant et l'adulte. (*Archiv. de méd.*, février et

areil cas, M. de Saint-Germain fait le redressement
acture ou l'ostéoclasie manuelle, sinon l'ostéotomie
; la variété de courbure. La fréquence de ces dévia-
achitiques à l'hôpital résulte du registre des consul-
au Parvis où 723 cas se sont offerts de 1875 à 1883.
ressement sans fracture est surtout indiqué dans la
e de ramollissement de l'os; l'éburnation le rend
ible. L'ostéoclasie manuelle est alors indiquée, une
e diaphyso-épiphysaire en résulte d'après le craque-
mais la consolidation s'opère sans cal. L'ostéotomie
e externe ou cunéiforme donne les mêmes résultats,
ınger ni crainte de produire des désordres articulaires
ɜ avec l'ostéoclasie. Elle est indiquée spécialement
.

dans la concavité interne très prononcée des tibias aux jambes en parenthèses. (*Soc. de chir.*, janvier.)

*Procédé de Mac Ewen.* Pratiquée sur le fémur, cette nouvelle opération est généralement présentée comme sans danger sérieux aux intéressés. La mort survenue le 1er mai sur un opéré de M. Langton à *Saint-Bartholomew's hospital* met au contraire un grave accident en évidence. Il s'agissait d'un garçon laitier de dix-neuf ans se plaignant d'une faiblesse du genou droit depuis quatorze mois. Épanchement articulaire à l'examen et écartement de cinq pouces et demi de la malléole interne avec la gauche quand les deux condyles fémoraux se touchent. Cette difformité nuisant essentiellement à son travail, il entre à l'hôpital le 15 mars et, l'épanchement disparu, on pratique l'opération de Mac Ewen sur le fémur droit le 14 avril avec toutes les précautions antiseptiques. L'os, trouvé plus dur qu'à l'habitude, fut cependant cassé sans grande difficulté. Pansement et bandage ordinaires.

Dès le soir même, un suintement sanguin oblige à changer le bandage, de même que les jours suivants jusqu'au 20. On cautérise les granulations de la plaie et l'on constate la reproduction de l'épanchement articulaire. L'opéré maigrit et souffre localement, il dort mal et le 30, une nouvelle hémorrhagie se manifeste, qui cesse en découvrant la plaie pour se reproduire bientôt, et qui oblige dès le soir à appliquer la bande d'Esmarch afin d'en chercher la source.

On trouve alors l'extrémité du fragment inférieur du fémur placée en arrière avec une pointe d'os saillante. L'extrémité du fragment supérieur fut bientôt réséquée et l'artère poplitée étant mise à découvert, on constate une petite ouverture de sa paroi antérieure, correspondant à la pointe osseuse du fragment inférieur. Un stylet montra que cette ouverture pénétrait à l'intérieur du vaisseau qui fut aussitôt lié, au-dessus et au-dessous, avec du catgut et réséqué. Drainage, pansement et bandage provisoires.

Mais le mal avait duré trop longtemps sans être ni cherché ni découvert. Des accidents formidables de gangrène du membre suivirent bientôt cette nouvelle opération plus grave que la précédente et, malgré une amputa-

›n de la cuisse faite *in extremis*, l'opéré succombait le mai. Avis pour éviter cet accident de la fracture et surut pour ne pas entreprendre légèrement cette ostéotomie. *ancet*, 29 mars.)

*Nouvel ostéoclaste.* Imaginé par le docteur Victor Robin, ef interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et appliqué pour la emière fois le 25 décembre 1881 dans ce service par Mollière, chirurgien en chef, cet appareil permet ›pérer avec autant de précision et de netteté que le eau des ostéotomistes, en ayant son point d'application r les condyles fémoraux. Il n'agit pas sur l'articulation genou et produit la fracture au niveau de la bifurcation férieure de la ligne âpre, sans aucun tiraillement pos›le des ligaments articulaires. Il est applicable à tous les es et a réussi sur un homme de soixante ans, mais est rticulièrement destiné au genu valgum des adolescents des adultes comme aux cals vicieux.

Il y a nécessité de construire, avant d'opérer, une goutère plâtrée pour y placer et immobiliser le membre austôt après la rupture. La gouttière fixatrice de la cuisse oit être excessivement serrée en appliquant l'appareil, afin éviter les fractures obliques. Le redressement ne doit re fait que du sixième au huitième jour, après la sécréon et le dépôt du fluide calleux entre les fragments sseux et un commencement de consolidation. De la sorte, gonflement du genou, qui se manifeste dans les fracres accidentelles du fémur, n'est jamais survenu.

Son emploi à l'Hôtel-Dieu de Lyon a donné des succès emarquables, confirmés par la présentation de 15 opérés, dolescents et adultes tous guéris. C'est d'abord une série le jeunes garçons et filles de seize à dix-huit ans, car 'achèvement de la croissance est une condition de succès le cette ostéoclasie. Leur difformité, justifiée par la photoraphie avant l'opération, était considérable, et si excessive hez une fille opérée le 17 février 1883, qu'il fallut proluire un léger mouvement du fémur sur son axe, comme l est de règle en pareil cas. Deux étaient manifestement achitiques, présentant un genu valgum et une déviation lu tibia avec éburnation et aplatissement en forme de abre, qui sont très bien redressés. La parfaite souplesse

des jointures et l'absence de cal chez deux opérés au mois de décembre 1883, dont l'un marchait vingt et un jours après, sont les preuves de l'excellence de ce procédé.

Puis ce sont des hommes de vingt-cinq à trente ans, dont le plus remarquable est un Polonais s'étant fracturé le fémur dans les condyles, neuf ans auparavant, en travaillant dans une usine à Odessa; une consolidation vicieuse dévia fortement la jambe en dehors. Après avoir vainement erré à travers toute l'Europe, traversant Berlin, Munich, Vienne, la Suisse, la haute Italie, l'Espagne, il fut repoussé partout comme incurable, sans l'ostéotomie dont on le menaçait. Arrivé à Lyon, il offrait un fémur éburné avec cal énorme. L'ostéoclaste fut appliqué, et, en déployant une force de 12 à 1500 kilogrammes, la fracture eut lieu et guérit sans le moindre gonflement en lui permettant de marcher facilement. (*Acad. de méd.*)

*Résultats comparatifs des deux procédés.* Un garçon atteint de genu valgum double avec 30 centimètres d'écartement bi-malléolaire a été opéré par M. Robin avec son ostéoclaste, dans la clinique du professeur Trélat, le 30 mai. Après huit jours passés dans un appareil plâtré sans redressement, celui-ci étant fait sous le chloroforme, les membres ont été replacés pendant trente-deux jours dans un nouvel appareil. L'opéré n'a souffert vivement que vingt-quatre heures. Il se présente avec un double cal indolent, une hydarthrose notable, malgré la flexion facile du genou, et marche bien avec des béquilles.

Une jeune fille opérée depuis quarante jours par l'ostéotomie, après être restée trente-trois jours en appareil, a moins souffert, mais ne se lève pas encore. Le redressement est parfait, mais avec saillie très marquée du fragment inférieur. Le résultat, également sans complication, est donc satisfaisant par les deux méthodes, mais l'avantage reste à l'opération non sanglante et moins délicate. Néanmoins elle laisse chez cet opéré, comme toutes les autres, une saillie du fragment supérieur et du condyle interne obligeant l'opéré à marcher sur la face externe du pied. Il y a donc des réserves à faire sur ce nouveau procédé, suivant MM. Berger et Lucas-Championnière. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Il en est tout autrement dans les fractures du radius

ɜusement consolidées. L'ostéotomie est toujours préfé-
e ici à l'ostéoclasie, comme les observations de M. Bouilly
léposent. Voy. FRACTURES.
eux succès en ont été obtenus à la clinique chirurgicale
Nancy par M. Weiss; le premier sur un garçon de quinze
atteint de coxalgie suppurée ancienne. L'ostéotomie
ɜ-trochantérienne fut pratiquée le 19 novembre, sans
'e antiseptique qu'une solution de bismuth au dixième.
gré la brisure de la pointe du ciseau restée à demeure
ı persistance de l'ankylose coxo-fémorale, l'opéré pou-
, marcher à sa sortie, sans aucune déformation appré-
ɔle.
'était pour un genu valgum gauche chez un garçon de
gt-trois ans dans le second cas. L'angle de déviation
it de 13 centimètres. Opéré le 21 mars, il sortait le
avril ayant le membre parfaitement redressé.
ɜur 5 ostéotomies pratiquées en des régions diverses,
ıteur n'a jamais constaté le moindre accident. (*Revue
l. de l'Est*, nos 7 et 20.)

**OSTÉOMYÉLITE INFECTIEUSE.** *Transmissibilité.* En
ectant à des lapins les cultures du micrococcus spécial à
te affection, entretenues jusqu'à la treizième généra-
n, M. A. Rodet a obtenu des ostéites graves localisées à
ıtrémité des diaphyses, dans la région juxta-épiphysaire,
tamment à l'extrémité supérieure de l'humérus, du tibia
inférieure du fémur, sans aucun traumatisme. Contiguës
x cartilages de conjugaison qui les limitent comme une
rrière infranchissable, elles ne les altèrent pas. Mécani-
es et suppurées, ces lésions, très analogues à celles obser-
es chez l'homme, permettent d'affirmer l'action spécifique
ces microbes. (*Acad. des sc.*, 29 septembre.)
Pourquoi n'avoir pas répété ces expériences sur de grands
imaux pour les rendre plus concluantes, lorsqu'on sait
ıe le lapin est un si mauvais réactif expérimental ?

*La forme prolongée* s'est offerte à M. Verneuil par un
emple remarquable chez un Anglais de cinquante-trois
s qui, en 1850, étant tombé sur les genoux, fut pris d'ac-
lents inflammatoires si violents du côté gauche que
mputation fut pratiquée à Londres. La guérison fut

extrêmement lente et l'appareil prothétique ne put être supporté que deux ans après. En 1876, vingt-six ans après son amputation, une nouvelle chute sur le moignon détermine trois abcès successifs de deux en deux ans, lorsque, après une nouvelle chute en 1882, ces abcès se suivent sans guérir. La résection du fémur est proposée en Angleterre. Le malade la refuse et rentre en France; il est admis à la clinique de la Pitié dans un état des plus mauvais. Il est pâle, œdématié avec des fistules nombreuses sur son moignon, ressemblant à de vieilles gommes.

Après plusieurs mois de repos et un traitement tonique, M. Verneuil entreprit la résection au-dessous des trochanters; mais les reconnaissant atteints, il fit spontanément la désarticulation de la hanche. La pièce anatomique a montré un périoste épaissi sur tout le fémur, sans nécrose ni séquestres; il est éburné avec disparition presque complète du canal médullaire, tandis qu'une cavité au centre du grand trochanter communique avec un pertuis à la base de l'os.

Ce fait semble donc en faveur de l'amputation immédiate en arrêtant les phénomènes inflammatoires pendant vingt-six ans. On est même fondé à admettre qu'ils ne se fussent pas renouvelés sans l'action des traumatismes consécutifs, quoique la prolongation en ait été bien établie par de nombreux exemples récents dus à MM. Lannelongue et Comby. Le professeur Trélat en a vu un exemple datant de trente-neuf ans et un autre de quarante-trois. Un malade de M. Pozzi a cru à sa guérison complète pendant trente-deux ans; l'invasion d'une phtisie réveilla alors les accidents. Le caractère essentiel de cette affection est sa longue durée. La nécrose est fréquente, mais non constante. Elle existait chez un charretier opéré par M. Berger à la Charité. Une ostéomyélite du fémur gauche s'était manifestée dès l'âge de quatorze ans et, malgré une fistule et l'élimination de plusieurs séquestres, c'est seulement en se fracturant cet os, quatorze ans après, que le malade est pris d'accidents formidables nécessitant l'amputation sus-trochantérienne qui réussit également. Un séquestre vermoulu de 10 à 12 centimètres de longueur fut trouvé sur l'os.

Chez un homme atteint de deux ostéomyélites de l'extrémité inférieure des deux fémurs, M. Terrier trépana l'os du côté droit et incisa seulement le périoste soulevé par le

pus à gauche. La septicémie fut également enrayée, quoique le pus recueilli des deux côtés ait présenté le bacille spécifique à l'examen du professeur Cornil; ce qui tend à démontrer la nature infectieuse de cette forme, comme la précédente. (*Soc. de chir.*, novembre.)

**OVARIOTOMIE.** *Mortalité.* Sur 33 opérées à Paris, le docteur Terrillon a eu 4 morts seulement et des 29 guérisons, 27 se sont maintenues; un cancer généralisé a enlevé l'une de ces opérées et l'autre porte une tumeur en voie de croissance. La mortalité opératoire serait donc de 12 pour 100 environ; proportion assez satisfaisante pour que les ovariotomistes français puissent concourir aussi avantageusement que les Anglais et les Américains. Un tableau synoptique, donnant les principaux détails des opérées et de l'opération, montre 3 vierges de trente-trois ans, une de dix-neuf et 7 femmes sans enfants. Des hémorrhagies utérines et des troubles urinaires ont signalé assez souvent l'évolution du kyste pour que l'on en tienne compte dans la symptomatologie. Une cystite peut même en marquer le début comme dans la grossesse.

Il y avait 30 kystes multiloculaires plus ou moins complexes, 2 kystes para-ovariens et un dermoïde. Les kystes para-ovariens, c'est-à-dire curatifs par la ponction simple sans mettre la vie en danger, seraient donc de 6 à 7 pour 100; ce qui mériterait bien de faire plus attention à leur diagnostic différentiel.

De même des 11 cas sans adhérences. C'est encore là une question qui mérite de nouvelles recherches, comme celle des 8 kystes infiltrés entre les deux feuillets du ligament large et qui offrirent des difficultés et des dangers spéciaux. En fixant l'attention sur ces différents sujets, comme sur les causes de mort, ce mémoire a un grand intérêt sous sa forme concise. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Il y a loin de cette proportion aux 2 morts sur les 25 opérées du docteur Homans à Boston. (Voy. *année* 1881.) Elle est encore plus différente des 3 décès accusés par Lawson Tait sur 100 opérées, sans aucune précaution antiseptique, et le seul décès de Keith père et fils dans leurs 53 dernières ovariotomies, faites également sans listérisme, est encore plus remarquable. (Voy. *année* 1882.)

en ont été aussi constatés par M. L. Championnière après la chute des sutures et une cicatrisation complète. Une douleur locale se manifesta le quatorzième jour avec température à 39°,2 et tuméfaction légère le dix-huitième à la partie inférieure de la cicatrice. L'incision donna issue à du pus et des gaz sans retarder la guérison. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.)

Ils sont particulièrement à craindre chez les femmes ayant eu de l'œdème et des suppurations antérieures. Une opérée du docteur Lediberder, dans ces conditions, présenta ainsi du pus sur le trajet des fils après leur enlèvement le septième jour, et une tumeur apparut ensuite dans le cul-de-sac de Douglas avec température à 39°; elle disparut spontanément après une selle purulente et compléta la guérison. (*Idem*, art. 12752.)

*Un sarcome de l'ovaire droit et de l'épiploon* a été excisé heureusement par le professeur d'Antona, le 3 avril, sur une jeune Salernitaine de quinze ans. Réglée en juillet 1883, puis en août, elle ne l'avait pas été depuis lorsqu'elle entra dans la clinique du professeur Cantani, fin février, pour une tumeur de la région iliaque droite. Très lobulée et solide, elle remplissait toute la fosse et s'élevait dans l'hypocondre, le colon ascendant étant à peine perceptible à la percussion. A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon était adhérent dans une grande étendue avec ses vaisseaux dilatés. Le pédicule très long fut lié et rentré. Une autre tumeur, comme une orange, existait entre les feuillets du péritoine adhérent à la grande courbure de l'estomac. Elle fut excisée de même avec ligature des vaisseaux divisés et la plaie fermée avec dix sutures. En trente-six heures, la fièvre traumatique avait cessé, toutes les sutures étaient tombées le huitième jour et l'opérée en convalescence s'asseyait sur son lit. La tumeur pesait seize livres avec tous les caractères du sarcome et de l'encéphaloïde en partie. (*Il Morgagni.*) Succès opératoire manifeste; mais la récidive? Il serait bien plus utile d'en connaître les résultats dans quelques mois. Voy. TUMEUR DU BASSIN.

*Revival of ovariotomy* (Souvenirs de l'ovariotomie et son influence sur la chirurgie moderne), est une revue rétrospective par le généralisateur même de cette opération, sir

Spencer Wells, baronet, faite dans un discours inaugural à la Société médicale *Midland* de Birmingham, le 5 novembre dernier. Ses premiers essais y sont retracés avec des accents de reconnaissance profonde pour tous ceux qui l'ont aidé à réaliser ce grand progrès de la chirurgie, qui a déjà sauvé tant de vies précieuses et qui en exonère des centaines chaque année dans le monde entier du tribut de la mort. (*Lancet*, novembre.)

**Ovariotomie précoce.** Elle consiste à enlever les kystes ovariens dès qu'ils remontent dans la cavité abdominale et en distendent les parois. La temporisation fait courir le danger de l'altération du péritoine par les ponctions, la production d'adhérences et la torsion du pédicule. Elle donne d'après la statistique 95 guérisons sur 100, tandis que sur 400 ovariotomies tardives, faites par M. Knowsley Thornton, 10 fois l'évacuation du kyste s'était faite dans le péritoine et 34 fois il y avait torsion du pédicule. Aussi se prononce-t-il carrément pour cette opération précoce en rejetant même les ponctions. L'incision exploratrice est moins dangereuse dans les cas douteux. Les résultats de l'ovariotomie seront d'autant meilleurs qu'on la pratiquera plus tôt. Il condamne absolument l'ovariotomie vaginale aussi bien que les ponctions exploratrices ou évacuatrices par cette voie. (*Congrès de Copenhague.*)

**Ovariotomie normale.** Voy. HYSTÉRIE.

# P

**PANSEMENTS.** Aucune innovation saillante ne paraît avoir été faite comme les années précédentes à ce sujet. Les insuccès et les nombreux accidents produits par les essais thérapeutiques des chirurgiens allemands semblent avoir refroidi leur zèle d'inventions à cet égard, comme la tourbe, le sucre, la cendre, la sciure de bois, la terre et bien d'autres poudres encore. Celles d'iodoforme et de bismuth, n'étant pas aussi neutres, ont enrichi, surtout entre

leurs mains, la toxicologie de plusieurs chapitres importants par l'emploi exagéré, abusif qu'ils en ont fait comme de l'acide phénique. Un cas grave de stomatite, développée sous l'action de pansements au bismuth, comme Kocher l'avait déjà observé, en est ainsi relaté par Petersen : ce sera un complément de l'érysipèle qu'il semble favoriser d'après Riedel.

Un garçon de quatorze ans, maigre et anémique, subit la résection du genou droit à l'hôpital de Kiel pour une tumeur blanche. La plaie est pansée largement au sous-nitrate de bismuth, en en recouvrant toutes les surfaces, en en comblant les cavités.

Tout allait bien, lorsqu'au dixième jour une stomatite se déclare. Ignorant de sa cause, le chirurgien interroge l'urine qui colorait en noir les parois du vase. Un dépôt de bismuth lui fit aussitôt reconnaître la nature de l'intoxication. Un liséré bleu foncé des gencives à la face inférieure et aux bords de la langue la confirment. Ces taches envahissent ensuite la voûte palatine, le voile du palais, la luette, les piliers antérieurs et jusqu'à la face interne des joues.

Il fallut cesser ce pansement et insister sur l'usage du chlorate de pôtasse pour voir cesser ces accidents dont les traces étaient encore visibles à la sortie de l'hôpital trois mois après. Avis. (*Deutsch med. Woch.*, 1883.)

**Pansement phéniqué.** *Rétention d'urine.* L'absorption de l'acide phénique se manifeste si communément par la coloration brunâtre ou noirâtre de l'urine que l'on n'y fait plus guère attention, en raison même de l'innocuité de ce phénomène. C'est à tort; le séjour de cette urine phéniquée dans son réservoir paraît en altérer la sensibilité jusqu'à la paralysie même, d'après les faits suivants observés par le docteur Cartaz.

Chez une femme atteinte d'accidents septicémiques à la suite d'une fausse couche, il faisait quatre injections phéniquées intra-utérines par jour. Après la disparition des accidents septicémiques, elle fut prise de symptômes d'empoisonnement : la vessie était paralysée et remplie de liquide noirâtre. La substitution à l'acide phénique des lavages au sublimé fit disparaître tous les accidents.

Chez une malade de cinquante-six ans, pansée à l'eau

phéniquée pour une fracture du col du fémur accompagnée d'escharre, une paralysie complète de la vessie survint trois jours après le début du pansement. La rétention d'urine cessa dès que le traitement phéniqué fut abandonné. Deux observations semblables de paralysie ont été faites après l'emploi interne de l'acide phénique et, sans avoir observé cette rétention, M. Nicaise a constaté plusieurs fois l'anurie après ses pansements phéniqués.

Signalés déjà par le professeur Verneuil, ces accidents sont exclusivement rapportés par lui au traumatisme, d'autant plus qu'il règne près de la sphère génitale. Il emploie le pansement phéniqué chez tous ses opérés et si l'urine est très souvent brunâtre, les rétentions n'en sont pas plus fréquentes qu'avec les pansements ordinaires. Mais cette paralysie vésicale s'étant montrée dans les cas précédents longtemps après le traumatisme, elle ne peut lui être attribuée. (*Congrès de Blois*, 8 septembre.)

*Intoxication par les pansements au sublimé.* Voy. Accouchements, Antiseptiques.

*Manuel du Brancardier*, par le docteur Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; un vol. in-18 de 198 pages, orné de 97 dessins originaux; *librairie F. Alcan*, Paris.

Cette publication est le résumé des conférences inaugurées par l'auteur pour exposer les actions indispensables pour assurer les premiers soins aux blessés sur le champ de bataille. Faite sous les auspices du comité nancéen de la Société française de secours aux blessés, elle permettra à tous ceux qui ne sont pas en état de porter les armes de devenir des auxiliaires utiles des combattants. Le style de ce petit ouvrage est aussi simple et précis que les démonstrations en sont claires.

**Pansement des affections cutanées.** Au lieu des cataplasmes de fécule et des applications de caoutchouc, le docteur E. Besnier y substitue un pansement antiseptique plus simple et expéditif. Les cataplasmes féculents sont difficiles à bien préparer, et leur poids est souvent gênant pour les malades. Pour ne pas être irritant, le caoutchouc exige

beaucoup d'entretien, et l'est encore souvent quand même. De là l'emploi du mélange suivant :

Une à deux cuillerées à bouche d'amidon sont délayées dans une cuvette d'eau, soit quatre litres environ, en ajoutant 4 à 5 grammes d'acide borique pulvérisé. Des morceaux de tarlatane imbibés de cette solution tiède étant égouttés, on les applique en deux ou trois doubles sur les surfaces eczémateuses. On recouvre d'une toile imperméable pour conserver l'humidité et l'on a ainsi un pansement peu coûteux, d'une application extrêmement facile et très efficace. Il convient en particulier contre les eczémas étendus à une grande surface et pour ceux qui occupent des régions où le pansement est difficile à maintenir, sur les bourses par exemple. Suivant les cas et l'abondance de la sécrétion, le pansement est renouvelé deux ou trois fois par jour, et sous cette influence l'état irritatif de la peau se modifie très rapidement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août.)

**PARALYSIES.** *Solidarité musculaire.* Deux cas de paralysie du radial, observés à l'hôpital Tenon, service du docteur Straus, ont servi à démontrer expérimentalement par M. Hulin que la paralysie des extenseurs rend leurs antagonistes plus faibles. Un journalier se lève ne pouvant se servir de sa main droite pour avoir dormi la tête appuyée sur son bras droit découvert vis-à-vis la fenêtre ouverte. Mesurée au dynamomètre le lendemain, la force des fléchisseurs du côté droit est de 26 kilos, au lieu de 33 du côté opposé, sans que cet homme soit gaucher. Une première séance d'électrisation des extenseurs paralysés donne aussitôt et momentanément une augmentation de force de 14 kilos, de même que dans les séances suivantes.

Un bijoutier ne peut soudainement tenir son porte-monnaie de la main gauche, dont il se sert pour souder. A l'examen, les fléchisseurs de ce côté sont beaucoup moins forts qu'à droite. Après une séance des extenseurs paralysés, la force des fléchisseurs augmente momentanément d'une manière très appréciable.

Les mêmes expériences sur un cobaye et sur un chien, en leur réséquant le sciatique, ont donné des résultats identiques. D'où la conclusion que la paralysie d'un muscle diminue l'énergie de son antagoniste et que l'électrisation du pre-

mier augmente la force de contraction et l'excitabilité électrique du second. Le fonctionnement normal des muscles est donc soumis à l'action de leurs antagonistes. (*Tribune méd.*, p. 403.) Voy. FRACTURES DE L'HUMÉRUS.

*Origine dans les empoisonnements arsenicaux, saturnins et mercuriels.* Voy. EMPOISONNEMENTS.

**Paralysies traumatiques.** *Étiologie.* Trois exemples relatés par le docteur G. Jacoby montrent qu'elles sont surtout fréquentes après les lésions articulaires. Celles du genou en particulier les provoquent si rapidement qu'elles apparaissent en vingt-quatre heures, avec atrophie musculaire consécutive. Une femme de trente-quatre ans glisse et se blesse le genou droit. Gonflement très douloureux immédiat de l'articulation et fluctuation consécutive. La paralysie apparaît le septième jour par une extrême difficulté d'extension du membre et notamment du triceps crural. Elle augmenta à mesure que l'épanchement se résorbait, et l'atrophie musculaire donnait 3 centimètres de moins que la jambe gauche avec diminution de la contractilité électrique.

Un laboureur de trente-quatre ans se blesse le genou gauche le vendredi après midi et applique aussitôt de la glace dessus. Le lundi suivant, soixante-douze heures après l'accident, la paralysie du triceps était manifeste ainsi que l'atrophie musculaire le vendredi suivant.

Un marchand de trente ans se renverse le pied en dehors et, malgré la douleur en résultant, continue sa route. Pas d'ecchymose apparente. Deux mois après, faiblesse de la jambe, surtout pour descendre les escaliers, et le quatrième mois, le pied est pendant avec les orteils en avant, sans pouvoir être redressé à angle droit avec la jambe. Le blessé marche sur ses orteils et ne peut poser son talon par terre. Les orteils se meuvent aisément, mais retombent par leur propre poids. Atrophie des muscles interosseux se prolongeant aux péroniers et aux muscles de la cuisse. Douleurs névralgiques insupportables du sciatique et du péronier.

Sans se prononcer sur la pathogénie de ces accidents, l'auteur incline à admettre leur origine locale, d'après le succès obtenu du massage surtout, de l'électrisation et des

douches froides et chaudes stimulant la nutrition des muscles atteints. Mais cette opinion n'a pas été partagée par la plupart de ses auditeurs qui en font remonter l'origine au cerveau. C'est un effet du *mental restraint* agissant comme un bandage d'Esmarch, d'après le docteur Lafayette Taylor. Il suffit d'exciter le moral en pareil cas et de dire comme Jésus au paralytique : Marchez. Le docteur Weber cite l'exemple d'un commerçant de trente-deux ans, très nerveux, qui, durant un voyage en Suisse en 1870 et de longues promenades dans les Alpes, fut pris de synovite du genou droit après l'ascension de l'Engadine. L'épanchement guéri fut suivi d'une atrophie marquée des extenseurs et le malade ne pouvant marcher regagna New-York avec peine. L'électrisation n'ayant amené aucun changement, le malade revint en Europe pour consulter le docteur Erb qui lui dit que la paralysie n'était pas dans son membre, mais dans sa tête, son esprit, et qu'il n'avait qu'à faire de l'exercice, à marcher. Il suivit cet avis et arriva à New-York, parfaitement guéri en 1880.

Le docteur Heitzman a observé un fait analogue à Vienne chez une fille de vingt-cinq ans, prise d'arthrite après une chute dans les escaliers. Elle resta paralysée au lit pendant cinq ans, malgré une cure minérale. Un médecin lui ordonna alors d'essayer de marcher; elle le fit en pleurant, en criant et dit qu'elle en était incapable. Elle était au désespoir, lorsque sa sœur lui dit de s'efforcer de marcher. Elle se leva ainsi après beaucoup d'efforts et marcha.

Ces faits, d'origine allemande, témoignent que l'influence mentale, prédominante dans ce pays, a acquis le plus grand crédit en Amérique, malgré les démonstrations opposées faites en France. (Voy. ATROPHIE MUSCULAIRE, 1877; ADIPOSE LOCALISÉE, 1878.)

Aussi bien le docteur Jacoby ne pouvant comprendre comment l'inquiétude morale peut amener une atrophie musculaire appréciable en trois jours, alors que le massage l'a fait disparaître ensuite, a pris acte des objections et les faits qui lui ont été opposés. Il montre que la théorie allemande de Heitzman se rapproche beaucoup de celle du professeur Charcot, admettant que certaines parties de la moelle sont dans un état d'inertie ou de stupeur en

pareil cas. (*New-York neurological Society*, décembre 1883.)

*Action réflexe ou lésion organique?* La paralysie par blessure directe du membre inférieur, résultant de coup de feu ou autrement, est parfois suivie *immédiatement* de celle du membre supérieur correspondant resté intact, avec atrophie et contracture consécutives. Sept observations faites sur des blessés de la guerre américaine de Sécession en ont été relatées par Weir Mitchell. Attribuée autrefois à une influence réflexe par Brown-Séquard, puis au choc de la blessure et à l'irritation consécutive produisant une incapacité fonctionnelle de la moelle au-dessus, elle est rapportée aujourd'hui à une irritation périphérique que personne n'a jamais vue ni constatée. On en juge seulement par la guérison souvent lente et tardive de l'une ou de l'autre, sans être positivement fixé à cet égard.

A quoi attribuer ces paralysies secondaires d'un membre intact, consécutivement à une blessure ou un traumatisme quelconque, lorsqu'elles se manifestent *tardivement*, comme les chirurgiens allemands en ont rapporté cinq exemples observés sur les blessés de la guerre en 1870 ? Ne pouvant admettre une action réflexe, on les a comparées et assimilées aux paralysies de convalescence par trouble fonctionnel, faiblesse ou anémie du système nerveux médullaire. Se fondant sur deux cas analogues, mais non semblables, qu'il a observés et deux autres encore plus différents rapportés par M. Lépine, le docteur Bidou attribue ces paralysies secondaires et tardives à des lésions positives de la moelle, suivant la doctrine anatomique du professeur Vulpian. A défaut d'autopsie, il ne les a pas constatées, mais celles qui ont été rencontrées dans les paralysies diphthéritiques suffisent à les admettre par analogie; il en trouve une grande probabilité dans les altérations tropho-névrotiques rencontrées dans plusieurs cas et la lenteur relative de la guérison est pour lui une preuve de l'altération matérielle de l'organe. Suivant les doctrines en vogue, leurs partisans invoquent et soutiennent ainsi des raisons opposées à quelques années d'intervalle, en faveur de leur système, sans qu'elles soient plus solides ni mieux fondées l'une que l'autre. (*Revue de méd.*, avril.)

**Paraplégie douloureuse aiguë.** Encore une entité nouvelle ou du moins une variété d'un genre bien connu, comme on a trop de propension à en former d'après le positivisme régnant, dès que par ses causes ou ses symptômes une maladie protéiforme comme la sciatique s'écarte de son type régulier, classique. Il s'agit évidemment d'une simple névralgie rhumatismale sans doute, puisque la paralysie essentielle en résultant n'est que passagère et incomplète. En qualifiant des plus graves et d'une guérison très incertaine le cas d'une ouvrière de vingt-cinq à trente ans, ayant depuis quelques jours une paralysie des membres inférieurs avec douleurs dans les reins et les cuisses, n'arrivant qu'avec peine à imprimer à ses pieds de légers mouvements avec une sensibilité intacte, le docteur Dumolard aurait bien pu s'éclairer en voyant cette femme dans la rue aller à son travail d'un pas leste et léger peu de jours après. Un second exemple analogue et simultané, chez un cantonnier se plaignant vivement des reins et de la cuisse droite, ne put cependant le détromper. Il ne tint même pas compte d'une douleur très aiguë à la face interne de la cuisse pour affirmer une simple sciatique. Mais les douleurs s'étant propagées aux deux membres jusqu'aux pieds, avec crampes et contractions musculaires si violentes qu'elles tenaient le malade immobilisé dans son lit, il révoqua ce diagnostic ; ce qui n'empêcha pas le cantonnier d'être à son poste sur la route dès le 1er avril, grâce au salicylate de soude et aux vésicatoires sur les reins.

Il serait superflu de signaler ainsi dans leurs principaux traits cliniques quatre autres faits consécutifs analogues et qui ont conduit l'auteur à trouver une maladie nouvelle dans cet appareil symptomatique plus ou moins modifié. Il suffira d'en résumer, d'après lui, les principaux signes :

Douleur lombaire tout à coup violente ou augmentant graduellement, avec sensation de gêne et de raideur dans le dos et au bas des reins, se propageant dans les cuisses et les jambes sans suivre le trajet du sciatique et occupant habituellement la surface entière des membres, avec gêne et raideur des muscles. Le malade en marchant boite à la manière d'un rhumatisant, ses mouvements sont lents et

mesurés, cherchant à éviter le moindre accident de terrain et les soubresauts.

La gravité est annoncée par l'intensité des douleurs au début avec fièvre légère. Le malade ne peut bientôt plus quitter le lit, les membres inférieurs se paralysant avec douleurs atroces dans les reins et les jambes. Telle est l'exagération des réflexes de la moelle lombaire que le moindre choc et le plus petit mouvement suffisent à provoquer dans les muscles endoloris des contractions tétaniques. En redoutant ces crises, le malade évite le plus petit mouvement et s'immobilise de la sorte. C'est là toute sa paralysie. La preuve de cette fausse impotence musculaire est dans la puissance et la force des muscles dans la position horizontale. La difficulté de l'émission des urines et même de la défécation vient de l'effort même imprimé aux muscles à cet effet.

L'état général n'est jamais grave, le pouls ne dépasse pas 80, avec peau moite, langue blanche et humide; l'altération des traits résulte de l'insomnie et l'inquiétude. La paralysie des membres et de la vessie est toujours incomplète. Ordinairement les douleurs restent fixées aux reins et aux membres inférieurs. Dans un seul cas, elles se sont montrées consécutivement dans les membres supérieurs.

La période aiguë est de dix à quinze jours; les douleurs disparaissent ensuite, ainsi que la parésie des membres et de la vessie qu'elles entretenaient. La guérison a été complète dans les six cas en trente à quarante jours par les révulsifs énergiques sur la colonne vertébrale, les purgatifs salins et le bromure de camphre ou de potassium de Clin. (*Revue de méd.*, juillet.)

Quiconque a observé ou éprouvé comme nous des accès de sciatique aiguë, reconnaîtra cette maladie à tous ces signes que l'on trouvera indiqués d'ailleurs, dans les formes multiples, à ce mot. Voy. SCIATIQUE.

**Paraplégie alcoolique.** Voy. ALCOOLISME.

**Paralysie générale des aliénés.** Telle est sa fréquence aux États-Unis que sur 2 056 aliénés dans les trois hôpitaux de Taunton, Worcester et Dauvers, dont 984 hommes et 1 072 femmes, le docteur G. Jelly en a constaté 81 cas, savoir :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10 hommes | et | 3 femmes | à | Taunton |
| 12 — | | 1 — | à | Worcester |
| 41 — | | 14 — | à | Dauvers |

soit seulement 18 femmes contre 63 hommes. La proportion ordinaire est de 1 femme sur 10 à 12 hommes, en sévissant surtout chez les aliénés exempts d'hérédité; ce qui end à démontrer que la paralysie générale est étrangère à l'aliénation et provient surtout de l'alcoolisme, des excès t abus vénériens, des travaux excessifs et de l'anxiété nentale prolongée, le shock ou les impressions morales agissant principalement sur la sensibilité. Ce qui revient à lire que les causes mêmes de l'aliénation mentale déterminent la paralysie générale en dehors de l'aliénation. (*Boston ned. and surg. journ.*, n° 10.)

Sa fréquence, de trente-cinq à cinquante ans, chez l'homme, et l'âge auquel elle le frappe sont d'autres preuves de cette étiologie. C'est alors que toutes les grandes passions ont exercé leur empire et ceux qui s'y laissent aller sont ainsi menacés, plus tôt ou plus tard, de devenir aliénés et paralytiques ensuite. Après la déchéance de l'intelligence, vient celle de la motilité. Les hommes très nerveux et impressionnables, d'autant plus aptes aux grandes passions, en sont ainsi frappés dès qu'ils s'y abandonnent.

*Hérédité.* Sur 318 cas observés à l'asile Sainte-Anne pendant trois ans, le docteur Régis n'a rencontré que très rarement l'aliénation mentale parmi les ascendants, tandis que les affections cérébrales sont très fréquentes. Confirmation éclatante de la remarque faite par M. Lunier d'une hérédité des tendances congestives ou cérébrales. Les descendants même n'y sont pas exposés. Normalement organisés, ils se font plutôt remarquer par une intelligence supérieure que par une infériorité intellectuelle et morale. Il n'est donc pas vrai de dire que la paralysie générale entraîne la folie, pas plus que celle-ci n'amène celle-là. La prédisposition d'un enfant de paralytiques n'est que dans les affections cérébrales, aux deux périodes critiques de la vie : le bas âge par la tendance aux accidents cérébraux, et l'âge mûr auquel éclatent indistinctement les paralysies cérébrales et la paralysie générale même. Il n'y

a pas d'autre hérédité à craindre en cas de mariage. (*Congrès de Blois.*)

*Fatigue cérébrale.* A défaut d'aucun signe concluant, le docteur Sizaret (de Maréville) considère celui-ci comme caractéristique. Tout travail intellectuel suivi, si simple soit-il, devient impossible en quelques instants. Invitez le malade à compter de un à cent ou plus, et s'il commet bientôt erreur sur erreur, en sautant des unités, des dizaines, des centaines, sans s'en apercevoir, le diagnostic peut être posé sûrement, surtout si la parole est embarrassée avec tremblement de la langue, des lèvres ou des joues. (*Revue méd. de l'Est.*)

**Paralysie ascendante aiguë.** Deux cas types avec guérison en sont rapportés par Rumpf, en montrant que si cette paralysie de Landry est parfois foudroyante et rapidement mortelle, elle peut aussi guérir sans laisser aucune lésion apparente. D'où l'encouragement d'en traiter activement les malades.

Un garçon de douze ans est pris sans cause de douleurs et de fourmillements des membres inférieurs bientôt paralysés, puis les muscles du tronc et des membres supérieurs s'affaiblissent et, un mois après le début, la paralysie est complète, sans contracture ni atrophie comme c'est la règle, mais par exception avec perte absolue du sens musculaire et anesthésie des jambes remontant à 3 centimètres au-dessus des genoux. Les muscles du tronc sont très affaiblis, sans rien au cou ni à la tête, pas plus qu'aux sphincters.

Malgré des ventouses scarifiées, l'usage de l'iodure de potassium et le galvanisme, alors que la nutrition était assez bonne, l'anesthésie s'étend en bas des membres inférieurs, et des phénomènes bulbaires se manifestent par la difficulté de la respiration et de la déglutition. A partir du 1er mars seulement, les muscles reprennent graduellement des forces et des mouvements, dans le même ordre qu'ils s'étaient perdus, et, au mois de juillet, la guérison était complète.

Un menuisier de soixante-quatre ans, s'étant exposé à la pluie en juin, durant trois heures, est atteint, trois semaines après, de parésie des membres inférieurs, puis d'affaiblis-

sement des bras. Le 27 juillet, la paraplégie est complète, sans contracture ni atrophie. Les membres supérieurs conservent des mouvements. Sphincters sains, apyrexie, appétit normal. Le 9 août, la paralysie des quatre membres est complète et, huit jours plus tard, les phénomènes bulbaires se manifestent encore plus marqués que dans le cas précédent.

Mais bientôt la paralysie rétrocède et, cinq mois plus tard, le malade était complètement guéri et faisait plusieurs lieues à pied dans un état de santé excellent. (*Deutsch med. Woch.*, 1883.)

**Monoplégie** *chez les tuberculeux*. Voy. MÉNINGITE.

**Paralysie infantile**. Un état qui la simule à s'y méprendre parfois, est la contracture de presque tous les muscles, avec prédominance de certains groupes, dont M. Onimus a observé plusieurs cas chez des enfants de quatorze à dix-huit ans. L'exagération des mouvements d'ensemble avec l'impossibilité de dissocier les mouvements limités détermine une sorte de paralysie infantile, attribuée à l'hydrocéphalie, la sclérose en plaques ou l'atrophie cérébrale, en présentant de l'analogie avec chacune de ces lésions.

Le caractère différentiel de cet état est le développement exagéré des malades, relativement à leur âge. Au lieu d'être affaiblis ou rachitiques, ils sont toujours plus grands et plus forts que ne le comporte leur âge; mais l'aspect général a quelque chose de raide et ces enfants sont comme ramassés sur eux-mêmes. Ils parlent avec lenteur et d'une façon saccadée; des mouvements ataxiques se produisent dès qu'ils veulent se servir de leurs mains; de l'anesthésie existe presque toujours d'un côté, étant surtout prononcée aux membres inférieurs. Tous les réflexes sont exagérés et l'on détermine facilement dans la jambe des mouvements de trépidation et des soubresauts musculaires dans les bras. La marche, plus ou moins difficile, est longtemps supportée dans les cas bénins et devient impossible dans les cas graves, parce que les deux jambes sont rapprochées par la contracture des muscles de la cuisse. De là une tendance au pied bot équin, qui peut même exister d'une manière très

prononcée. Partout, la contractilité musculaire est normale.

La contracture est donc le phénomène constant et apparent de cet état singulier. D'où le nom de *contracture pseudo-paralytique infantile*. Il n'y a jamais paralysie réelle par le défaut même d'atrophie musculaire, et un examen superficiel peut seul la confondre avec la paralysie atrophique. La raideur de tous les muscles, la fermeté des articulations, contrastent avec leur relâchement dans la paralysie réelle. Il suffit de chercher à étendre l'un des doigts et surtout l'avant-bras sur le bras, ou à écarter les cuisses, pour que la résistance indique le contraire.

D'après la physiologie expérimentale, une irritation de la partie supérieure de l'isthme encéphalique serait la cause de cette contracture. Le traitement n'en est pas encore trouvé, par l'impossibilité d'atteindre le mal ainsi fixé. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, art. 12459.)

A l'appui de cette interprétation, M. Launois a observé, comme interne dans le service du docteur Saint-Germain, des enfants dont l'impotence fonctionnelle avait été précédée, dès la fin de la première à la deuxième année, d'accès de fièvre, avec ou sans convulsions. La marche n'a jamais été possible, sinon très difficile, sans aucun signe appréciable de rachitisme, rhumatisme, scrofule ou syphilis. La contracture permanente existait surtout dans les groupes musculaires du membre inférieur. D'où les attitudes vicieuses incorrigibles des pieds et l'exagération des réflexes patellaires. Rarement cette contracture existe aux membres supérieurs.

L'état normal de la sensibilité, l'absence des troubles des viscères et d'altérations du squelette, d'atrophie des muscles contracturés ne permettant pas de rattacher cet état à l'une des maladies connues du système nerveux, force est bien d'en faire une variété nouvelle. Il s'agit d'une altération systématique des cordons de la moelle, dont il est impossible de préciser la nature, suivant le professeur Damaschino, en l'absence de recherches nécropsiques. (*Soc. clinique.*)

**PÉRIOSTITES. Périostite chez les soldats.** Elle résulte du surmenage, d'un excès de fatigue chez les jeunes soldats, les recrues, particulièrement chez ceux que leur

position sociale empêchait avant de faire un usage forcé des membres inférieurs. Le docteur Laub en a observé plusieurs cas dans l'armée danoise, en raison de la courte période d'entraînement des conscrits. Des blessures antérieures, la convalescence d'affections fébriles y prédisposent, tandis que la scrofule, la phtisie, la syphilis n'ont qu'une influence douteuse.

Elle se déclare lentement, par degrés, à la suite de marches continues ou d'accidents. L'évolution en est subaiguë avec fièvre, sans suppuration consécutive. La formation de plaques, d'hyperostoses, au siège même de l'origine du mal, en est la terminaison ordinaire. Les rechutes sont fréquentes, mais sans complications ordinairement. Il faut parfois recourir aux incisions. Elle rend inapte au service militaire dans l'avenir et forme un cas de réforme. (*Congrès de Copenhague.*)

Elle semble donc différer essentiellement de la périostite des adolescents sous l'influence du surmenage, qui prend souvent la forme aiguë et se termine par la suppuration avec décollement du périoste.

**Périostite éphémère.** Par opposition aux périostites traumatiques *à frigore* qui persistent sans fin, comme les périostites infectieuses et diathésiques de la syphilis et de la tuberculose, le professeur Verneuil signale deux cas de tuméfaction douloureuse, survenant spontanément sans changement de couleur de la peau et qui cède rapidement à de simples frictions calmantes. Elle apparut ainsi subitement au milieu de la face interne du bras droit, chez une rhumatisante, et céda à des frictions chloroformées. Trois semaines après, elle reparaissait à la tempe droite, où elle persista au point de se ramollir.

Chez une dame de quarante-six ans, diathésique, apparut subitement une tuméfaction du bord externe de l'avant-bras, de six centimètres d'étendue. C'était une périostite du radius. Deux nodosités rhumatismales datant de huit jours à l'autre bras et au cou étaient déjà en voie de résolution. Celles-ci disparues, il en apparut successivement d'autres, sans fièvre ni rougeur de la peau.

Plusieurs auteurs ont aussitôt accusé des observations semblables chez des arthritiques. Mais n'est-ce pas, sous un

nom différent, les nodosités rhumatismales depuis longtemps signalées? (Voy. *années* 1881, 1883.) Toute la nouveauté consiste donc dans la distinction en deux variétés : éphémère et persistante. (*Congrès de Blois.*)

**PÉRITONITE.** *Traitement chirurgical.* Depuis que les chirurgiens ont mis hardiment la main sur le péritoine, cette séreuse semble dénuée de tous les graves dangers illusoires attribués autrefois à son inflammation. Ce n'est pas seulement lorsqu'elle succède au traumatisme qu'il s'agit d'ouvrir l'abdomen comme moyen de guérison, mais dans tous les cas indistinctement dont M. Lawson Tait fait un précepte thérapeutique. (Voy. CHIRURGIE, 1883.) Loin de contre-indiquer l'ovariotomie, elle en est devenue une indication précise par les succès obtenus. (Voy. *ce mot.*)

**Péritonite chronique.** La forme simple, d'emblée, indépendante de toute période aiguë antérieure, s'affirme chaque jour davantage en succédant le plus souvent à des inflammations des viscères thoraco-abdominaux. Observée d'abord chez les albuminuriques, elle s'est bientôt étendue aux alcooliques, aux cardiaques, et une nouvelle étude du docteur A. Delpeuch dans sa thèse inaugurale la signale même chez des tuberculeux, adolescents et adultes. (*Paris*, 1883.) Elle semble aussi exister chez les saturnins et les paludéens. Une revue d'ensemble faite sur ce sujet en met ainsi un grand nombre d'exemples en lumière, caractérisés cliniquement par une ascite abondante, de la diarrhée, des urines altérées et des troubles de la circulation lui donnant une grande ressemblance avec la cirrhose atrophique ou hypertrophique souvent coïncidente avec elle. Des néomembranes très vasculaires avec tendance aux hémorrhagies en sont les caractères anatomiques.

Elle est spontanée, primitive, dit l'auteur; quand elle coïncide avec l'inflammation de l'un des viscères abdominaux, elle n'en est pas la conséquence. Elle peut exister seule et souvent aussi avec une phlegmasie semblable des autres séreuses. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Ces conclusions sont inconciliables avec cette loi pathologique que toute inflammation à l'état chronique est précédée d'une période aiguë. Le péritoine ne fait pas excep-

tion quand il est atteint directement. Si donc cet état aigu ne s'observe pas, il faut bien que celui des organes circonvoisins ou les liquides en provenant comme les reins, l'estomac, le foie, la rate, le cœur, sinon le sang, en tiennent lieu en altérant lentement cet organe par leur contact ou les propriétés irritantes du sérum qui s'y dépose et s'y accumule. On ne peut expliquer autrement les lésions phlegmasiques qui s'y rencontrent. Au lieu d'être essentielle, cette péritonite chronique est donc purement symptomatique des altérations coïncidentes des organes circonvoisins ou des liquides en provenant. La démonstration en est dans la mort arrivant d'ordinaire non par cette péritonite secondaire, accidentelle, mais par les maladies ou les lésions locales qui l'ont provoquée. Si rien de semblable n'existe, la disparition ou l'effacement de ces lésions en est la seule explication plausible. Mais existe-t-il des exemples positifs et bien observés de cette absence de causes tangibles? L'auteur n'en donne aucune preuve.

**Péritonite tuberculeuse.** Il n'est pas jusqu'à cette variété qui ne soit plus aussi dangereuse qu'on l'admettait, malgré l'analogie des symptômes avec le carreau infantile. Sur quatre observations faites par le docteur Fernet à l'hôpital Beaujon, trois de ces malades ont guéri. Cette guérison est d'autant plus étonnante que cette péritonite spéciale se compliquait de pleurésie de même nature uni ou bi-latérale, suivant la règle établie par Godélier : la tuberculisation du péritoine entraîne celle de l'une ou des deux plèvres. Il n'y a pas lieu ici d'en tracer les symptômes relatés depuis longtemps par différents auteurs. Mais il est important de signaler le traitement suivi.

Il a consisté essentiellement dans les moyens locaux propres à combattre l'inflammation et ses conséquences : applications étendues et répétées de teinture d'iode; vésicatoires ou pointes de feu comme révulsifs; topiques, narcotiques ou injections morphinées si les douleurs sont très vives. Quand l'abondance de l'épanchement péritonéal gêne la respiration ou produit l'œdème des membres inférieurs, la paracentèse est utile, de même que la ponction du thorax, si la plèvre est remplie. La persistance de ces épanchements, sans tendance à la résorption après

quelques semaines, en est une raison déterminante.

Les moyens généraux sont destinés à fortifier l'organisme pour mieux résister à l'invasion de la tuberculose. De là une alimentation tonique, aussi abondante et réparatrice que possible. Les amers et surtout les préparations arsenicales ont aussi été employés, mais la suralimentation est plus sûre et plus efficace. Dans les cas où l'appétit ne permet pas de satisfaire à ces conditions, il faut recourir aux procédés artificiels pour faire absorber le plus d'éléments nutritifs possible. La poudre de viande, le lait et les œufs ainsi ingérés sont certainement plus efficaces que tous les remèdes. La tuberculose péritonéo-pleurale guérit le plus souvent dans ces conditions. (*Gaz. hebd.*, nos 7 et 8.)

**Péritonite appendiculaire.** C'est le nom donné par le docteur With (de Copenhague) à la périty phlite qui a pour origine l'ulcération et la perforation de l'appendice vermiculaire. Il en distingue même deux formes : celle qui est adhésive avant la perforation et celle qui se généralise ensuite. L'immobilisation du canal intestinal par l'opium et la morphine est l'indication principale avec abstention des lavements et des laxatifs. (*Congrès de Copenhague*, août.)

**PHTISIE.** Tout est changé, révolutionné... en apparence, dans l'interprétation et l'étude de cette maladie aussi ancienne que le monde et la plus fréquente depuis la découverte du nouveau microbe. Ce n'est pas l'étiologie seule qui en est transformée, son diagnostic est modifié : de physique, il est devenu expérimental et la découverte de notre Laennec n'est plus qu'une vieillerie pour les novateurs. Sa contagion, considérée encore comme un préjugé populaire il y a moins de vingt ans, est devenue, d'après l'expérimentation sur les lapins, une vérité incontestable, un axiome scientifique et l'objet de recherches universelles pour en établir *à posteriori* la preuve statistique chez l'homme. D'empirique et symptomatique, le traitement s'est simplifié en devenant antiseptique et alimentaire. On gave artificiellement les malheureux qui ne peuvent plus avaler et les médicaments sont réservés à combattre les accidents et les complications. Tout est donc changé, jusqu'à l'orthographe du titre.

Un lustre a suffi pour opérer cette révolution scientifique. n'y a pas cinq ans que l'opposé était admis de tout ce ui s'affirme avec une assurance mathématique dans les ravaux plus nombreux que jamais publiés depuis un an à e sujet. Le doute a fait place aux affirmations, depuis que es expériences et les réactifs ont remplacé l'observation atiente des malades. Dès que le microscope révèle le meux bacille coloré comme le corps du délit et que sa ulture dans le bouillon inoculé au cobaye ou au lapin les ait mourir, tout est dit, la conclusion est positive. *Fiat lux.* 'elle est la foi nouvelle qui opère tant de miracles aujour-'hui.

*Diagnostic bacillaire.* D'après les éloges enthousiastes lécernés à ce nouveau procédé par quelques médecins xpérimentateurs, il semble devoir remplacer à bref délai e diagnostic clinique. Le signe positif, précoce, rapide et nvariable qu'il donne du bacille se colorant en rouge sous 'action des réactifs, paraît devoir le faire préférer incon-establement. Mais la technique, pour le reconnaître et le onstater, n'est pas si simple ni si facile que ses partisans e plaisent à le dire. Divers modes sont déjà en vogue pour parvenir, ce qui suppose un choix et des essais prélimi-naires; il est même évident que ni l'un ni l'autre ne sont bsolument infaillibles. Sans compter le microscope indis-pensable de 800 diamètres, il y a un matériel de réactifs, d'instruments et d'objets spéciaux à mettre en œuvre à cet effet, et jusqu'à sept préparations successives pour arriver à un résultat positif de l'épreuve des crachats où se rencontre le plus sûrement ce bacille. L'examen des tissus exige un procédé différent. La description de tous ces détails opéra-toires, par le professeur Coze (de Nancy), montre qu'il n'y a pas d'illusion à se faire sur la rapidité de ce procédé. Des heures, des jours sont nécessaires pour le rendre complet et concluant; il ne peut donc se faire au lit du malade, comme l'examen de l'urine pour déceler la présence de l'albumine ou du sucre. C'est un véritable travail de labo-ratoire, du ressort de l'hôpital seul, et dont la plupart des praticiens n'ont pas le loisir de s'occuper. Il leur faudra donc en charger des experts étrangers et subordonner leur diagnostic indécis à leur rapport.

Or, il suffit que les réactifs soient impurs, vieux, altérés ou la préparation imparfaite pour que le résultat soit nul ou faux. Quel est donc le médecin, ne pouvant vérifier lui-même cet examen, qui soumettra son diagnostic, son pronostic et son traitement à une décision artificielle aussi hasardée, plutôt que d'attendre à se convaincre cliniquement lui-même de la réalité? D'ailleurs, le crachat du jour peut-être frustre et se montrer fertile le lendemain, *et vice versa*. Ce fait a été signalé déjà dans plusieurs observations. Sur les 2 509 phtisiques observés par Fergusson, 92 n'ont pas offert de bacilles à l'examen. Des hémoptysies initiales en ont présenté avant l'apparition des signes physiques, tandis que les crachats en renfermaient à peine dans un cas de granulie. Des examens successifs sont donc indispensables à de certains intervalles dans les cas douteux; le professeur G. Sée a pris soin de les indiquer d'avance pour en montrer l'importance et la fréquence d'application. Il les classe dans les trois catégories suivantes avec exemples à l'appui.

Phtisies latentes. Elles comprennent trois formes distinctes : celle de *catarrhe sec*, à petite toux quinteuse avec expectoration rare, sans fièvre ni signes stéthoscopiques; celle d'*hémoptysie*, précédant tous les autres signes et que l'on peut croire essentielle ou d'origine arthritique; la *forme miliaire* avec congestion intense, râles secs ou humides sans localisation appréciable et ayant l'aspect typhoïde.

Phtisies larvées. Quatre formes différentes entrent dans ce cadre : celles de la *pneumonie lobaire* et de la *bronchite aiguë*, les plus fréquentes, mais aussi les plus faciles à diagnostiquer pour le clinicien habile; c'est le contraire des formes *laryngées* et *pleurales* existant parfois sans expectoration. Il faut alors examiner le liquide pleural.

Pseudo-phtisies cavitaires. Elles sont simulées par la *syphilis pulmonaire*, la gomme formant induration et déterminant une caverne par son ulcération; la *dilatation des bronches*, l'*asthme chronique* avec râles sibilants et emphysème; le *catarrhe bronchique chronique* avec pneumonie chronique localisée; le *catarrhe chronique des diabétiques* avec induration pulmonaire et les *indurations pulmonaires douteuses*. (*Acad. de méd.*, décembre 1883.)

A ces 16 formes distinctes, où la tuberculose peut rester douteuse momentanément, peuvent s'en ajouter d'autres :

e la sclérose pulmonaire qui, en se compliquant le plus
vent d'autres affections concomitantes du poumon et cer-
es phtisies localisées en particulier, pourra offrir ou non
rnativement le signe cherché en laissant le diagnostic
rtain. (Voy. SCLÉROSE PULMONAIRE.) Les ulcérations de la
gue et de la bouche, dont les caractères insidieux met-
parfois dans l'incertitude en l'absence d'aucun signe phy-
ie, offrent le même embarras, lorsqu'elles sont l'avant-
reur d'une phtisie prochaine. Faudra-t-il donc recourir
épreuve bacillaire chez tous ces malades? L'assurance
itive ou négative n'en peut être d'un grand secours pour
raitement, à défaut d'un agent anti-tuberculeux ou para-
ide. La guérison n'en sera jamais qu'une exception
rare, malgré la précision diagnostique dans ces cas
pliqués. L'affirmation tuberculeuse, qui reste seule en
eur de cette épreuve, ne s'acquiert-elle pas malheureu-
ient toujours à la fin? Tout en justifiant ses prétentions
ntifiques, ce nouveau signe n'a donc qu'une valeur pra-
ie très limitée comme dans les complications suivantes.
*neumothorax.* Sur 101 cas recueillis à l'hôpital des mala-
s de poitrine par le docteur S. West, de 1856 à 1883 in-
sivement, 2 malades seulement n'étaient pas phtisiques.
cas avaient pris naissance à l'hôpital et 24 malades furent
nis avec cette complication. Cependant 57 des premiers
ent mortels ou 77 0/0, tandis qu'il y en eut seulement 9
seconds ou 33,3 0/0.
La mortalité totale ayant été de 1 490 pendant ces vingt-
it années, les 66 décès de pneumothorax donnent une
portion de 1 : 23. Or, 3 décès sur 4 étant dus à la
tisie dans cet hôpital, cette complication se montre dans
20e des cas, ou 5 0/0 de tous les phtisiques; proportion
toyenne aux précédentes statistiques.
l est plus fréquent chez les hommes et plus mortel chez
femmes. Des 98 cas indiquant le sexe, 21 femmes
ccombèrent sur 23, et des 75 hommes, 45 seulement mou-
rent; différence de 56,3 0/0 à 87, les deux côtés ayant été
alement pris. L'âge était de vingt-cinq à trente-cinq ans
ez 55 victimes. Les cas avant ou après cet âge sont très
res et exceptionnels comme dans la phtisie.
La durée de cette complication et les lésions trouvées à
utopsie, quant à la nature et la quantité de l'épanche-

ment, le siège et l'étendue de la perforation, etc., sont trop variées pour avoir aucune importance ici. (*Lancet*, 3 mai.)

*Ulcération bronchique*. Elle détermine une hémoptysie foudroyante et la mort immédiate, comme l'anévrisme pulmonaire des cavernes. (Voy. *ce mot*.) Une fille de quinze ans succomba ainsi dans la salle de consultation de l'hôpital Brompton, où elle venait comme externe. L'autopsie, faite par le docteur P. Kidd, montra les bronches remplies de sang avec extravasation dans les poumons où il formait des taches. Une vaste caverne existait au sommet du poumon gauche avec de plus petites à la base du lobe supérieur. Les bronches secondaires de ce lobe étaient perforées par une ulcération d'un demi-pouce d'étendue au siège de leur division avec la bronche principale. En s'étendant sur une branche secondaire de l'artère pulmonaire, cette ulcération avait perforé celle-ci par une ouverture comme un grain de chènevis. Un peu plus bas existait une autre perforation de la paroi bronchique sur le fond d'un ganglion crétacé. Elle avait le caractère mou et frangé des ulcérations scrofuleuses. Toutes les petites bronches étaient épaissies et légèrement dilatées.

Aucune caverne ne se trouvait ailleurs, mais les ganglions bronchiques étaient généralement crétacés et hypertrophiés, aussi bien que ceux du mésentère. Deux pintes de sang remplissaient l'estomac. Cet exemple est extrêmement rare. (*Pathological Soc. of London*, 18 novembre.)

Les expériences de MM. Coze et Simon (de Nancy) sont en effet restées aussi complètement négatives dans leurs applications thérapeutiques qu'elles avaient été positives quant au rapport constant et exclusif du bacille avec la tuberculose. Le mélange intime et prolongé pendant quarante-huit heures de crachats tuberculeux et bacillaires avec diverses substances antiseptiques, comme le sublimé, l'eucalyptol, le benzoate et l'arséniate de soude, le styrone, la créosote, le sulfure de sodium, le thymol, l'hydrogène sulfuré, le permanganate de potasse, n'a pu prévenir son inoculation à des cobayes de les rendre tuberculeux. L'injection de ces substances antiseptiques au siège même de l'inoculation pendant plusieurs jours n'a pas empêché l'évolution du processus tuberculeux, pas plus que l'administration interne de plusieurs de ces antiseptiques n'en a

enrayé le développement. Constater et provoquer le mal, sans pouvoir le détruire ensuite, est donc jusqu'ici toute l'économie et la fin de ces expérimentations. (*Bull. de thérap.*, mars, et *Revue méd. de l'Est*, nos 15 et 16.)

Ce diagnostic par le bacille tuberculeux est d'ailleurs à peine établi que sa valeur positive et pathognomonique est aussitôt mise en doute par ses propres adhérents. Les enthousiastes coloristes en bacilles se sont trop empressés de promulguer ce dogme : que cette découverte permet de distinguer sûrement au début la phtisie tuberculeuse de tous les cas suspects. Le docteur Talamon, semant la partie opaque d'un crachat tuberculeux dans un ballon Pasteur contenant du bouillon Liebig, a vu pulluler des grains et des bâtonnets qui se colorent tous en bleu par le procédé Ehrlich, sans qu'aucun résiste à la décoloration par l'acide nitrique. Et pourtant quelques gouttes de cette culture, introduites dans le péritoine du lapin, le font bientôt mourir de tuberculose généralisée; c'est donc la confirmation des tuberculoses obtenues avec des micrococcus par Klebs et Toussaint, Malassez et Vignal, sans la présence d'aucun bacille. De très belles préparations de la tuberculose zoogloeique, soumises par M. Malassez, montrent en effet qu'elle peut revêtir trois états différents que la méthode des colorations permet seule de reconnaître. (*Soc. de biol.*, 24 mai.)

D'où la conséquence que la résistance à la décoloration du bacille tuberculeux n'existe qu'à la période complète de son développement; ce qui expliquerait la rareté de ceux que l'on trouve jouir de cette propriété spéciale. A l'état de coccus, isolé, en chaînettes ou en amas, il se comporte comme les autres microbes en présence des couleurs d'aniline et de l'acide nitrique, tout en conservant sa virulence comme s'il était réfractaire à la décoloration.

Ce caractère spécial de la décoloration n'est donc pas l'unique signe de la virulence. Le bacille tuberculeux coloré en bleu et résistant au contact de l'acide nitrique peut être regardé comme l'une des phases du développement d'un organisme primitif restant à déterminer, comme les mycéliums et les spores ou germes découverts par Koch sont l'origine de la bactéridie charbonneuse. Il s'agit donc de faire pour celle-là ce qui a été fait pour celle-ci; jusque-là, la solution est incomplète : un tubercu-

leux avéré, fatalement condamné, peut ne pas plus présenter de bacille réfractaire à la décoloration que les pseudo-tuberculeux. La technique de la coloration n'a donc plus qu'une valeur secondaire, puisque sa réaction peut manquer chez un tuberculeux avéré, comme au début de la phtisie galopante ou granulie aiguë. Elle ne servira ainsi que dans les phtisies latentes, larvées, torpides, toujours locales et chroniques, ayant pu amener à maturité quelques bacilles spécifiques qui en formeront le caractère trompeur. Ce sont précisément en effet souvent des exemples de sclérose fibreuse, signalés par M. Ducastel, et qui guérissent ainsi en donnant un démenti éclatant à la valeur du nouveau signe. (*Archiv. de méd.*, février.)

De là les restrictions faites solennellement par le docteur Grancher à la valeur de cet examen bacillaire pour le diagnostic précoce de la tuberculose, d'après 5 observations recueillies dans les hôpitaux. Manifestement tuberculeux depuis fort longtemps, d'après les signes rationnels et physiques de l'auscultation, aucun de ces malades n'a présenté le moindre bacille dans ses crachats, examinés par lui et d'autres micrographes très compétents.

Le même auteur a été non moins explicite pour différencier les cas où les divers moyens sont applicables en vue d'un diagnostic précoce. Dans la tuberculisation pulmonaire à forme pneumonique, quand le ramollissement est très rapide, de même que si elle débute par une hémoptysie, une bronchite diffuse avec ou sans emphysème, la présence du bacille est le meilleur de tous les signes, alors que les symptômes physiques sont encore douteux.

Mais c'est le contraire quand les tubercules se développent en silence et se ramollissent lentement; cas fréquent lorsque le malade tousse et n'expectore que longtemps après le début de la phtisie. Les bacilles n'apparaissent alors que tardivement dans le pus des crachats et souvent en très petite quantité; bien que pouvant réussir par l'inoculation, le diagnostic d'après les signes physiques doit toujours être fait auparavant.

Commencée par une altération de la douceur du murmure *inspiratoire* avec un abaissement de sa tonalité, l'évolution de ces signes se continue souvent après une longue période stationnaire, par le prolongement de l'expiration,

puis plus tardivement par la bronchophonie, la submatité et enfin les craquements; le tout peut durer trois ou quatre ans et plus.

La chute progressive des forces, l'amaigrissement, etc., la toux et les crachats suivent parallèlement la marche envahissante de ces signes et, sans qu'il soit absolument nécessaire que la palpation et la percussion donnent un diagnostic positif, l'anomalie respiratoire suffit à le rendre probable quand elle est nette, localisée et fixe surtout au sommet gauche. (*Congrès de Copenhague.*)

Il ne faut donc pas se laisser trop entraîner à la recherche du bacille quand l'auscultation a prononcé. Elle n'est commandée que dans les cas douteux. L'apparition tardive du bacille dans les crachats, dans les formes les plus communes de la tuberculose, laisserait un doute préjudiciable au médecin et au malade. Le bacille peut exister sans qu'on le découvre. Un apprentissage sérieux, des réactifs sûrs et de longues recherches sont indispensables, avec des appareils perfectionnés, pour distinguer un organisme aussi ténu que la septième et huitième partie du volume d'un globule sanguin. L'auscultation et la percussion sont encore plus sûres et expéditives. Guttman a soutenu la même thèse à la Société de médecine de Berlin. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mars.)

Un autre procédé a été employé par MM. Chauffard et Gombault : l'inoculation à des cobayes de liquides extraits de la plèvre ou du péritoine chez des individus soupçonnés ou suspects de tuberculose. Bien qu'il fût impossible de déceler dans ces liquides le bacille de Koch, une série d'expériences dans ce sens a donné des résultats contradictoires. Une poussée de tuberculose en est résultée dans certains cas et rien dans d'autres. Qu'en conclure ? Si ce moyen est parfaitement innocent, il n'est pas décisif; car on ne peut assimiler d'aussi petits animaux à l'homme. Autrement, ces expériences auraient une portée pratique dans de nombreuses affections où le diagnostic de tuberculose reste incertain et surtout le pronostic. Une pleurésie guérie en apparence, une péritonite, une hydarthrose, l'hydrocèle même peuvent laisser des doutes, et si ce procédé devenait plus concluant, on aurait ainsi une épreuve innocive de leur nature tuberculeuse ou non. (*Idem.*)

On a même cherché ce bacille dans les masses calcifiées qui se rencontrent fréquemment dans le poumon des vieillards, et qui sont les reliquats d'un processus tuberculeux. Ces noyaux crétacés, soumis par le docteur Déjerine à la porphyrisation dans 10 cas différents, n'ont jamais décelé le corps du délit à une seule exception près ; sa présence ne se rencontre que dans les zones molles et périphériques; ce qui tend à démontrer la nature tuberculeuse et parasitaire de ces lésions. (*Soc. de biol.*, et *Revue de méd.*, décembre.)

*Contagion.* Le nouveau crédit acquis à ce mode de transmission, par la découverte du bacille tuberculeux, ne la rend pas plus facile à constater cliniquement. En présence de tant d'époux entre lesquels elle ne se réalise pas pendant des mois et des années de la vie la plus intime, comment admettre qu'elle se transmette si facilement dans d'autres cas sans prédisposition ? Tel ce fils d'une famille absolument saine, robuste et d'une bonne santé qui, pour se reposer des fatigues d'un examen de docteur en droit, s'en alla en villégiature faire une cure d'air dans une station choisie et fréquentée. Peu de semaines après le voyage, il commença à tousser, avec fièvre, et bientôt le docteur Kruch constatait les signes d'une tuberculose miliaire aiguë, sans aucune autre cause appréciable que l'occupation par le malade de la chambre et du lit habités précédemment par un tuberculeux arrivé à la fonte purulente ! Rien n'est dit de l'âge, de la constitution, des habitudes de ce phtisique éprouvant le besoin de se reposer après un examen. Ne sait-on pas que sous l'influence de certaines habitudes solitaires, la granulie pulmonaire se développe rapidement chez les jeunes gens nervoso-lymphatiques, surtout s'ils sont prédisposés héréditairement ou par atavisme, comme nous en avons observé un exemple? Pourquoi donc invoquer exclusivement une contagion si problématique, en présence d'autres causes si fréquentes, sinon par le crédit dont elle jouit actuellement? (*Ann. de la Société méd. chir. de Liège.*)

Des précautions doivent sans doute être prises en pareil cas. Toutes les chambres habitées par des tuberculeux, surtout s'ils y sont décédés, devraient rigoureusement être désinfectées avant d'y admettre de nouveaux hôtes.

Les hôteliers des stations sanitaires du Midi, où se rendent surtout les phtisiques, devraient être obligés légalement à cette désinfection. Il suffit d'y brûler 20 à 30 grammes de fleur de soufre par mètre cube de capacité pour obtenir la purification des tapis, tentures et même de la literie, lorsqu'ils n'ont pu être passés à l'étuve. Une société actuellement en formation à Cannes se charge de toutes les mesures de désinfection. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet.)

Accréditée surtout dans les pays chauds, l'Italie et l'Espagne notamment, cette doctrine amena une curieuse aventure à George Sand qui la rapporte dans sa correspondance. L'illustre romancière était allée en 1838 passer une saison à Majorque avec son ami Chopin qui s'y rendait pour la maladie de poitrine qui l'emporta. Ils habitaient, moyennant 100 francs par mois, la villa d'un riche bourgeois, lorsque celui-ci, ayant appris que son hôte était atteint de phtisie pulmonaire, lui signifia congé en invoquant le cas de contagion. Par surcroît de précautions, il fit badigeonner la maison aux frais de son locataire. Un peu plus tard, après avoir quitté l'île et séjourné à Barcelone, au moment de quitter l'auberge de cette ville, l'hôte voulut faire payer le lit où Chopin avait couché, sous prétexte qu'il était infecté et que la police lui ordonnait de le brûler.

La preuve que cette maladie n'est pas si infectieuse est donnée par le professeur Langerhans qui l'a recueillie au chef-lieu de l'île de Madère où, depuis un siècle environ, de nombreux phtisiques anglais se rendent chaque année. 400 invalides étrangers y viennent passer l'hiver et de 320 Anglais en 1836, cette immigration est réduite à 250, occupant 100 maisons louées en hiver et 50 en été. Or, la statistique de 635 de ces résidents, de 1836 à 1884, donne les résultats suivants : De 440 venus en bonne santé, 203 sont morts, dont 5 phtisiques, 3 dans l'île et 2 n'y étant plus. Aucun des 257 survivants n'offre des signes d'affections pulmonaires. La proportion est donc inférieure ici à celle des autres pays.

L'analyse particulière de 267 de ces résidents, dont 210 étaient exempts d'hérédité phymique, décèle la mort de 78, âgés de soixante ans environ. Des 4 phtisiques, l'un avait trente-huit ans et l'autre cinquante-cinq, 2 avaient quitté l'île et sont revenus y mourir ; 46 sont morts hors

de Madère, sans aucun signe de phtisie. Des 86 survivants d'un âge moyen de soixante-deux ans, 24 vivent encore dans l'île.

Des 57 malades ou frappés d'hérédité à leur arrivée, 35 sont morts, 9 de phtisie dont 2 dans l'île; 9 survivants y résident encore, âgés de soixante-neuf ans, et des 13 résidant à l'étranger, une seule femme de cinquante et un ans présente des signes de phtisie. La contagion ni l'infection ne sont donc pas évidentes dans cette station, et l'hérédité seule semble y déterminer la phtisie. (*Virchow archiv* et *Lancet*, 27 septembre.)

Aussi bien des enquêtes sont-elles dirigées partout pour éclairer cette étiologie. En Italie, sur 680 réponses reçues par la *Société d'hygiène*, il y en a 59 pour la contagion et 124 contre, 497 sont sans indication précise.

Le rapport du docteur E. Vallin sur la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie, fait au nom de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, conclut ainsi : La transmissibilité de la tuberculose par les malades est probable, sans être rigoureusement démontrée. Elle a lieu surtout par l'intermédiaire des crachats et de l'air expiré. Si l'isolement des malades n'est pas nécessaire, il importe de prendre certaines mesures prophylactiques pour écarter les risques de transmission aux personnes en contact habituel avec eux. (11 juillet.)

D'après ce rapport, une enquête a été résolue et votée auprès de tous les médecins français pour élucider cette transmission. Une commission spéciale, sous la présidence de M. Villemin, a été chargée de rédiger le programme détaillé qui sera adressé à tous les praticiens pour y répondre suivant les faits qu'ils ont pu observer et l'interprétation qu'ils leur donnent.

En attendant, il n'est pas moins sage et prudent de désinfecter les locaux où succombe un phtisique, de même que sa literie et ses vêtements, plutôt que de les brûler comme autrefois. Les mêmes mesures préservatrices devraient être également suivies dans les hôpitaux et déjà des pulvérisations antiseptiques ont été tentées par le docteur Henrot pour désinfecter l'air.

Voici les précautions individuelles préconisées par M. Vallin et qui ont été adoptées :

Il ne faut jamais partager la chambre et le lit d'un tuberculeux arrivé à un terme avancé de consomption.

La chambre d'un phtisique doit être constamment aérée et ventilée.

Le danger réside surtout dans les crachats, qui ne doivent jamais être projetés sur le sol ni sur des linges, où, en se desséchant, ils dégagent des poussières suspectes.

Les chambres, les literies et les vêtements ayant servi aux phtisiques doivent toujours être désinfectés. La vapeur à 100 degrés et le lavage à l'eau bouillante sont les meilleurs moyens de désinfection.

Les convalescents des maladies de poitrine, les sujets faibles et épuisés doivent surtout éviter le contact prolongé avec les tuberculeux. (*Congrès international d'hygiène de la Haye*, août.)

Devant cette prééminence accordée à la contagion dans la production de la phtisie, l'hérédité semble perdre son importance. Entre ces deux causes rivales et connexes chez l'homme, on choisit la plus évidente et positive, à l'exclusion de l'autre, en préjugeant de la facilité d'inoculer la tuberculose aux petits animaux à celle qu'elle doit rencontrer dans l'espèce humaine. Le docteur Labbé a déclaré « avoir fait une conversion complète à cet égard en voyant les phtisiques de la Maison municipale de santé entourés de leurs ascendants et descendants. Il a constaté mille fois que la transmission héréditaire est exceptionnelle, tandis qu'il a beaucoup de faits de contagion certaine en mémoire. » (*Soc. méd. des hôp.*, juillet.)

Malgré le *tolle* qui a accueilli cette étrange déclaration publique, de la part d'un clinicien ayant pu constater ces hécatombes de la phtisie dans certaines familles, où les victimes se comptent par six et sept de la même génération, il est certain que cette impression résulte de la fréquence de l'inoculation expérimentale. Mais si l'infection directe est prouvée par ces expériences de laboratoire, dit le professeur Ewald, elle n'est qu'une cause secondaire chez l'homme. La disposition est nécessaire pour qu'il acquière la tuberculose. Or cette disposition est non seulement personnelle, mais aussi tellurique, sociale, etc. (*Congrès de Copenhague.*) L'inoculation peut donc rencontrer plus de résistance chez lui que sur le lapin et le cobaye, d'après

l'exemple même des grand animaux. Voy. TUBERCULOSE.

Un autre danger public de cette contagion directe est signalé par le professeur Wannebroucq, de Lille. Ce sont les prostituées qui se livrent à leur métier jusqu'au dernier jour et qui entrent ensuite à l'hôpital avec de vastes cavernes et une expectoration abondante. Elles peuvent ainsi communiquer la tuberculose à bien des jeunes gens indemnes de toute hérédité. Cette source de contagion non douteuse est plus dangereuse, selon M. Arnould, que celle de la syphilis. Villemin l'a déjà indiquée chez les maîtresses par les baisers. Une surveillance devrait donc être exercée sur les prostituées à cet égard, en les empêchant de faire leur métier. (*Soc. méd. du Nord*, 25 juillet.)

Le nouveau traitement, basé sur cette donnée de l'infection par la découverte du bacille, est surtout antiseptique. Il est prescrit, en l'appliquant, de fortifier l'organisme pour mieux résister au bacille; mais c'est la prophylaxie depuis longtemps connue et non la curation de la maladie, ni la destruction du microbe. D'où la prétention exagérée de ceux qui, suivant le professeur Jaccoud, « faisant table rase du passé, osent imputer à la découverte du bacille une rénovation complète du traitement ». En voici les agents principaux.

*Inhalations iodoformées et créosotées.* A l'aide d'un grand inhalateur à trois tubulures, installé à l'hôpital d'Amélie-les-Bains où vont chaque année un grand nombre de militaires et de marins atteints d'affections des voies respiratoires, le docteur Haro, médecin principal, les soumet à des inhalations qui paraissent efficaces chez la plupart. Un mécanisme d'horlogerie met en mouvement un ventilateur à ailettes qui introduit l'air dans le récipient contenant l'eau chauffée avec les médicaments en solution; il s'échappe ainsi un mélange d'air et de vapeur par les trois tubulures. Le passage continu et régulier de l'air à travers l'eau bouillante active le dégagement de la vapeur en abaissant la température de l'eau pour la rendre respirable. Les substances médicamenteuses volatiles sont ainsi introduites dans les profondeurs des poumons sans malaise ni suffocation.

Le malade commodément assis, le coude appuyé sur la

:able, fait de profondes inspirations sur l'une des tubulures. Les séances de six minutes ont lieu le matin avant le repas et le soir avant le coucher.

Une pincée d'iodoforme finement pulvérisé sert à plusieurs inhalations. Les effets en sont très rapides par une saveur douce et sucrée qui n'a rien de désagréable dans la bouche. Les vertiges observés sur quelques malades se dissipent aussitôt au grand air. La dyspnée diminue sensiblement et un sentiment de dilatation de la capacité pulmonaire est accusé en sortant de la salle et se prolonge tout le jour. La toux est moins fréquente, l'expectoration diminue et l'appétit augmente parfois.

L'inhalation du soir procure un sommeil calme qui se prolonge souvent jusqu'au matin, sans occasionner ni pesanteur de tête ni céphalalgie. Les crachats contiennent des traces d'iode, tandis que l'urine n'en révèle pas la présence.

Dans les bronchites chroniques, simples ou compliquées d'emphysème, dans le catarrhe pulmonaire et surtout dans la phtisie aux divers degrés, ces inhalations d'iodoforme, employées par plus de soixante malades, ont donné d'excellents résultats, d'autant plus que, en administrant les médicaments par cette voie, on n'a pas à craindre de fatiguer l'estomac qu'il faut ménager à tout prix. Un soulagement remarquable en est résulté, notamment chez un officier atteint de bronchite phymique au troisième degré avec cavernes. Le sommeil à peu près nul, même avec des liqûres morphinées, est revenu; l'appétit languissant a augmenté et l'expectoration abondante a diminué.

Les complications pharyngiennes et laryngées paraissent tre une contre-indication à l'emploi de l'iodoforme : deux fficiers, atteints de phtisie pulmonaire avec ulcérations du trynx, ont dû renoncer aux inhalations par le malaise u'ils en éprouvaient.

L'usage interne de la poudre aurait, suivant le docteur ansome, un effet rapide sur l'engraissement. A la dose e 9 centigrammes unis à 10 de croton-chloral pour une ilule, dont on prend trois par jour, il l'a administrée à l phtisiques. Des 4 arrivés au premier stade, 3 en profirent notablement, 5 à la seconde période augmentèrent ussi de poids, mais 3 perdirent ce bénéfice après plueurs mois.

Des 12 autres arrivés à la troisième période, 2 engraissèrent notablement, 6 se maintinrent dans le *statu quo* six à huit mois et les 4 derniers continuèrent à marcher vers le terme fatal. (*The Canadian practitioner*, mai.)

La créosote, en inhalations, produit également de bons résultats. L'odeur si désagréable de cette substance est sensiblement mitigée par le mélange d'air et de vapeur d'eau. On éprouve dans la bouche une sensation piquante qui se prolonge le long des voies aériennes. L'expectoration est activée momentanément; mais, après la séance, les malades accusent un soulagement manifeste et une sensation de sécheresse qui dure une partie de la journée ou de la nuit.

Néanmoins, les malades qui ont fait usage successivement de ces deux substances préfèrent l'iodoforme, probablement à cause de ses propriétés anesthésiques.

Ce mode d'administration des médicaments volatils offre donc des avantages réels que l'on pourrait utiliser en dehors du traitement des maladies des voies respiratoires. Le chloral pourrait être ainsi employé comme calmant dans la médecine infantile, à l'aide du petit inhalateur simplifié et qui se trouve à la portée de toutes les bourses. (*Bull. gén. de thérap.*, mai.)

Ces résultats avantageux confirment ceux obtenus précédemment en Allemagne avec les inhalations iodoformées par les docteurs Kussner et Frankel : atténuation de la toux et l'expectoration, arrêt de la fièvre hectique, malgré la persistance des signes physiques. Sans être curatif, l'iodoforme a enrayé, ralenti l'évolution morbide et fait disparaître temporairement certains symptômes consomptifs, sans aucun phénomène d'intoxication. Les ulcérations laryngées ont été également modifiées sous l'influence de ces inhalations avec badigeonnages du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Iodoforme..... | 1 gramme. |
| Glycérine..... | 10 grammes. |

Onze malades traités de la sorte ont présenté ces améliorations avec détersion des ulcères se réparant promptement. (Voy. ANGINE TUBERCULEUSE, 1882.)

Un danger de ces badigeonnages est signalé par le docteur Noquet. C'est d'employer les pinceaux ou les éponges mis en contact avec un larynx tuberculeux chez d'autres

ıalades. Un nettoyage assez complet en apparence ne les ébarrasse pas des bacilles. Le docteur Hering, de Varsovie, ı a ainsi rencontrés dans un pinceau laryngien. Chaque ıalade doit donc avoir son pinceau particulier, à moins de servir d'éponge ou de ouate que l'on remplace chaque is. (*Soc. de méd. du Nord,* 25 juillet.)

En présence des *inhalations d'azote* faites à Strasbourg par docteur Sieffermann, il faut reconnaître que les effets btenus n'ont rien de spécifique ni de particulier aux médiaments employés. Dès les premières inspirations d'azote, malade affirme respirer mieux, il y a moins de dyspnée vec un sentiment de bien-être général. Le pouls est petit, liforme, l'artère radiale se contracte. Des vertiges avec iblesse, pressions dans la tête, syncope même, s'obserent chez les malades affaiblis, anémiques et nerveux. Tous es effets, en rapport avec la quantité d'azote employé, isparaissent après les deux ou trois premières séances.

Il en est de même de la suppression des sueurs nocturnes, onstatée par Mermagen et contredite par Khelschutter; ontradiction pouvant dépendre de la quantité d'azote nspiré. La même explication peut être donnée aux effets ɔcaux obtenus, comme la disparition de la matité avec etour du bruit vésiculaire, des râles humides et une sonoité tympanitique. Ces contradictions dépendent bien plus le l'état différent des malades et de leur maladie que des ıhalations.

Leur effet soporifique est, au contraire, constant et généılement très prononcé. Des malades sommeillent pendant inhalation même, et ceux que la dyspnée tenait éveillés ınt arrivés à dormir huit heures consécutives. La toux ıméliore ainsi passagèrement.

L'appétit augmentait généralement et la nutrition se isait mieux. La diarrhée colliquative en était même atténée chez des malades désespérés. (*Gaz. méd. de Strasurg,* 1883.)

*Inhalations antiseptiques.* Une fille de quinze ans, offrant ıs les attributs de la phtisie avec des signes stéthoscoqués d'induration pulmonaire et de cavernes, fut soumise les inhalations d'eucalyptol d'abord et de créosote ensuite .r M. Burney Yeo.

Quelques semaines après, l'état s'améliore considérablement, malgré la persistance des signes physiques. D'où la réfutation des deux principales objections faites contre ces inhalations : l'inflammation du parenchyme pulmonaire et leur défaut d'action sur les poumons. Il suffit d'habituer les malades, par la modération graduelle des doses, pour éviter tous les inconvénients de ces inhalations et en obtenir les effets. (*British med. journ.*, janvier.)

Une solution d'acide phénique à 5 0/0, mélangée en petite quantité aux crachats des phtisiques, détruit rapidement les spores et les bacilles, d'après les expériences de Schill et de Fischer, tandis que celle du sublimé à 2 0/0 s'est montrée infidèle.

Une série d'expériences ont été faites par le professeur de Renzi, dans sa clinique de Naples, sur les effets comparés de ces inhalations contre la tuberculose pulmonaire. Quatre agents différents ont été employés : le mélange de l'iodoforme et l'essence de térébenthine dans 14 cas, l'iode dans 3, l'hydrogène sulfuré dans 7 et l'acide sulfureux dans 4. De ces 28 observations, il conclut que, dans aucun cas, la fièvre, la diarrhée ni les sueurs n'ont été modifiées. (*Rivista clin. e terapeut.*, août et *Bull. génér. de thérap.*, page 328.)

Toutes ces inhalations ne peuvent être efficaces qu'en tuant les microbes ou en arrêtant leur développement et leur multiplication. M. Niepce a reconnu que, chez les tuberculeux soumis aux inhalations d'Allevard, ils diminuaient et disparaissaient parfois. D'après ces expériences, l'acide sulfhydrique en serait l'agent destructeur. Les crachats tuberculeux traversés par un courant de cet acide, inoculés au lapin et au cobaye, ne provoquent pas de tuberculose. (*Acad. de méd.*)

Mais, dit le docteur Cartaz dans sa revue des inhalations médicamenteuses, on ne peut pas soumettre des malades à l'action prolongée de ce gaz pur, et pour chaque agent dont on reconnaît l'action antiseptique, on retombe dans cet embarras. A faibles doses, le gaz ou le sel agit peu; à hautes doses, il est caustique ou toxique. Aussi les inhalations médicamenteuses ne peuvent-elles être, pour le moment, considérées que comme un adjuvant très utile, très efficace, de la médication ordinaire. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 24.)

*uluminium* serait le spécifique de la tuberculose pulmo-
, affirme le docteur Pick. Des expériences sur les lapins
s observations cliniques le prouvent. Dans un cas d'in-
tion des sommets, l'emploi de ce remède a fait dispa-
la lésion et tous les symptômes avec la formule sui-
:

| | |
|---|---|
| Aluminium métallique..... | 8 grammes. |
| Hydrate d'aluminium..... | 5 — |
| Carbonate de chaux..... | 5 — |
| Gomme adragante..... | Q. S. |

isez en 60 pilules à prendre trois par jour. (*Pharmac.*
.)
ant aux complications, voici les agents qui leur sont
sés.

*urs nocturnes.* Des trois alcaloïdes employés avec
s contre elles : strychnine, pilocarpine, atropine, après
r prouvé par des faits observés à l'hôpital des mala-
le poitrine de Londres et leur échec complet chez un
que ayant la plèvre gauche remplie de pus, le doc-
Howe se demande quel est le meilleur et le plus sûr.
net que les deux premiers sont préférables à l'atro-
par son inconvénient grave de dessécher la gorge et
ovoquer la toux, surtout chez les phtisiques qui y sont
. D'où l'indication de la remplacer par les autres. Il
rtout sage de la prescrire dans un liquide plutôt qu'en
s, l'estomac ne les digérant pas toujours. Une pilule de
lligrammes est ainsi restée sans effet, alors que deux
es d'une solution équivalant à 60 milligrammes ont
itement réussi. Son antagonisme avec la morphine est
une cause fréquente d'exclusion. (*Lancet*, 6 septembre.)

*nts de côté.* Leur fréquence chez les tuberculeux, qu'ils
ennent d'une névrite intercostale ou du travail ulcé-
les cavernes, donne une grande importance au moyen
nt pour les combattre. Une couche épaisse de collo-
sur l'endroit douloureux amène la cessation rapide de
uleur par l'immobilisation de la paroi thoracique.
avoir lavé et bien essuyé la peau, un badigeonnage
let est fait en plusieurs temps et par des couches

superposées, de manière à constituer une véritable cuirasse dont on répare les fissures dès qu'elles se produisent. Cette pratique est en usage avec succès dans le service hospitalier du docteur Legroux. (*Du traitement des points de côté chez les tuberculeux par les applications de collodion;* thèse inaugurale par le docteur Rigaud, Paris, août 1883.)

*De la phtisie bacillaire des poumons*, par le professeur G. Sée, un vol. in-8° de 625 pages, Paris.

Que signifie ce nouveau titre? Cet adjectif indique-t-il d'autres variétés de la phtisie? Nullement. L'auteur admet et proclame son unicité. Il veut tout simplement par là indiquer, révéler sa nature microbienne, parasitaire et infectieuse. C'est la promulgation officielle de tout ce qui a été fait et dit depuis deux ans à ce sujet, une consécration absolue, suivant les usages du savant professeur, sans prévoir les démentis que l'avenir peut réserver à une découverte aussi récente.

Ce titre est justifié et expliqué par l'historique clair et précis de cette affection, placé en tête de l'ouvrage et se résumant sur quatre noms : Laennec dont les immortels travaux ont, il y a soixante-cinq ans, établi nettement l'unicité de la maladie au milieu de ses formes les plus variées et révélé sa nature intime, c'est-à-dire la spécificité dans le dédale des lésions vulgaires et complexes qui parfois la précèdent, l'accompagnent souvent, lui succèdent presque toujours et l'enserrent pour ainsi dire de manière à la rendre presque méconnaissable; Villemin, qui, par une expérimentation précise, persévérante, a démontré, en 1865, la virulence de la phtisie, sa transmissibilité par l'inoculation, c'est-à-dire sa reproduction intégrale chez les animaux inoculés par le virus. Le troisième nom, qui en apparence semble étranger à l'étude de la phtisie, est celui de Pasteur. Sans ses merveilleuses découvertes de la vitalité des ferments et surtout de l'origine parasitaire de certaines maladies essentiellement virulentes, la science n'aurait pas à revendiquer aujourd'hui la connaissance exacte du mode de développement de la plus grave et de la plus fréquente des maladies qui déciment l'espèce humaine. Mais le grand physiologiste qui, depuis près de vingt ans, lutte pour une idée si féconde en résultats, ne possédait pas les moyens

perfectionnés de démonstration qui, dans ces derniers temps, ont permis d'agrandir le domaine de l'observation et de reculer jusqu'aux extrêmes limites la notion des microorganismes. Koch enfin, grâce à une technique nouvelle et rigoureuse, a su, en 1882, discerner, décrire le parasite, c'est-à-dire le véritable agent de la tuberculose, de manière à conquérir rapidement la sanction générale, en mettant en évidence ce parasite, ce bacille, dans tous les tissus et dans certains produits de sécrétion des tuberculeux, en imposant pour ainsi dire au monde savant l'origine bacillaire de la phtisie.

Par cette alliance de la microscopie à la clinique, qui donne le caractère positif et spécifique de la maladie vraie, réelle, trois formes en sont ainsi distinguées, comme il est indiqué ci-dessus. On comprend que pour l'habile clinicien, ces distinctions basées sur des exemples ne soient qu'un jeu; mais comment le simple praticien, privé des ressources du laboratoire, des réactifs et des expériences, pourra-t-il s'y reconnaître?

*Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose bacillaire*, faites à la clinique de la Pitié par le docteur Debove, et recueillies par le docteur Faisans. L'aphorisme suivant : *toute phtisie est due à la contagion*, caractérise suffisamment cet ouvrage. Il suit le précédent. Promoteur de la méthode de suralimentation, l'auteur met en évidence son efficacité, aussi bien dans les cas de contagion que d'hérédité et surtout de la phtisie contractée, accidentelle, diathésique, sans que l'on sache comment. Il a remporté le prix Bacaze de 10 000 fr. cette année.

**Pseudo-phtisie hystérique.** Il existe souvent, chez les jeunes femmes chlorotiques et hystériques, d'après le docteur Fabre, une toux avec expectoration parfois sanguinolente qui simule la phtisie; d'autant mieux que l'examen physique révèle de la matité au sommet droit avec une respiration faible et des râles parfois.

Ces symptômes sont dus à des troubles vaso-moteurs produisant une congestion pulmonaire. D'autres organes y contribuent fonctionnellement par une anorexie rebelle, une douleur gastrique, de la diarrhée et plus souvent de la

constipation. Le pouls est faible et fréquent, comme dans la fièvre; température normale. Elle ne s'élève que transitoirement, sans exacerbations vespérales régulières; jamais de sueurs. Malgré ces accidents, les malades augmentent souvent de poids; c'est la principale différence avec la phtisie vraie.

Le diagnostic différentiel est si difficile, dans certains cas, que des phtisies ont été diagnostiquées. L'absence du bacille spécifique dans les crachats suffira désormais à prévenir cette erreur. Cet état peut exister sans amélioration sensible des mois ou même des années; mais la guérison vient toujours le démentir. (*Practitioner*, décembre 1883.)

**Phtisie syphilitique.** Deux formes cliniques en sont distinguées par Sokolowski, d'après l'absence ou la présence de manifestations syphilitiques coïncidant avec les symptômes pulmonaires. Des sujets bien portants, sans aucune manifestation appréciable de syphilis, ont de la toux avec expectoration modérée, persistante et dyspnée intense, sans fièvre, ni sueurs, ni diarrhée. A l'examen, on trouve, dans un espace circonscrit du poumon, les signes de l'induration sinon de la destruction du parenchyme. Il s'agit là de néoplasmes limités, de syphilomes, de gommes. Administrez en effet le traitement mercuriel, en pareil cas, et si le diagnostic est fait de bonne heure, les sujets reprennent rapidement des forces, la toux cesse et les signes physiques disparaissent.

Telle est la première forme et la plus rare, car plusieurs de ces malades, guéris en apparence, conservent au sommet des traces de lésions menaçantes pour l'avenir.

La seconde, plus fréquente et plus grave, est la pneumonie syphilitique qui constitue une sorte de phtisie vulgaire par la toux, la diarrhée, l'albuminurie et l'amaigrissement rapide. Mais la coïncidence de manifestations syphilitiques sur le larynx, le foie, l'aorte, suffit à l'en distinguer, surtout par l'absence de la fièvre. Les syphilitiques atteints de lésions pulmonaires avancées, de laryngopathies graves, ne sont pas fébricitants et leur température ne dépasse jamais 38,5, sans aucun phénomène de la fièvre hectique. L'apyrexie de ces malades contraste avec leur amaigrissement et leur faiblesse. Le facies, par sa teinte cireuse, jaune

aille, porte plutôt l'empreinte des cachexies malignes que e la tuberculose avancée. Il n'y a pas de sueurs nocturnes, u bien elles sont très modérées et l'intensité de la dyspnée 'est souvent pas en rapport avec l'importance des lésions; e véritables crises d'asthme s'observent parfois, mais les émoptysies sont rares. (*Deuts. med. Woch.*, 1883.)

*La syphilis héréditaire*, même tardive, peut la déterminer omme la syphilis acquise, avec des symptômes absolument emblables et simulant la tuberculose. (V. SYPHILIS TARDIVE.)

**PHYSIOLOGIE.** *Éléments de physiologie générale*, par V. Preyer, professeur de physiologie à l'Université d'Iéna, raduit de l'allemand par Jules Soury, maître de conférences à l'École pratique des hautes études. 1 volume in-8° e la *Bibliothèque de philosophie contemporaine. Librairie '. Alcan*, Paris.

Il n'y a pas à chercher sous ce titre l'exposé des principes et des lois de la vie humaine, d'après les anciennes raditions séculaires, que l'on y trouve d'ordinaire. C'est n livre nouveau, conçu et exécuté selon les règles de la iologie moderne, sur des démonstrations expérimentales, les faits patents et positifs. Les conceptions dualistes du nonde et de la vie y sont réduites à zéro et taxées de ausses et erronées; on y substitue la contemplation de la natière répandue dans toute la nature : organique et inorganique, vivante et morte, minéraux, végétaux et animaux auxquels l'homme est assimilé. D'où le nom de *bionomie*, lonné à cette science nouvelle. Celui de physiologie n'a été onservé que pour se faire mieux comprendre et accepter.

Quant à l'origine première des corps vivants sur la terre, apportée à l'inorganique, sans vie, l'auteur trouve que ette supposition est toute gratuite et *ne repose sur rien*. Ce u'il faut donc rechercher plutôt, suivant lui, pour l'expliquer, *c'est l'origine de ce qui est mort*. D'où la confusion rimordiale entre l'inorganique et le mort. Or ce dernier ot seul implique une vie antérieure, tandis que l'inorganique ne la suppose pas; il ne fait que l'entretenir par ses odifications incessantes et ses forces latentes.

En tenant compte exclusivement des faits matériels qui rencontrent et se constatent uniformément dans toute la ature, sans les interpréter, on confond les règles avec les

[illegible] les forces de la matière et celles de l'esprit, entre l'organique et l'inorganique. On ne veut pas voir que ces différences sont ordinairement des transitions entre eux pour les rapprocher, tandis que des règles fondamentales les séparent. Ces exceptions se rencontrent jusque dans l'homme, car il y en a qui, par leur degré de matérialisme, d'ignorance ou de bestialité, se rapprochent plus de l'animal que de leur espèce. C'est ainsi que la force du sentiment chez l'homme ne peut se réduire, d'après l'auteur même; mais, sans prétexte qu'il faut chercher son équivalent par des moyens plus perfectionnés, il refuse de l'appeler vitale et ne [illegible] que celle-ci existe. Il admet pourtant la mémoire de la matière pour expliquer l'hérédité. N'est-ce pas plus fort et [illegible] que de la trouver dans la qualité même ou le défaut des solides ou des liquides? Tel est le raisonnement du parti pris.

Il y aurait trop à dire pour montrer toutes les inconséquences de ce nouveau système matérialiste. Cette bionomie ne peut s'analyser autrement que par le détail et l'ordre des matières. Après un historique, divisé en cinq périodes [illegible] les grandes découvertes des principaux physiologistes de tous les temps et confirmées par les siècles, il en montre le développement et en donne la bibliographie. C'est le chapitre le plus intéressant.

La deuxième partie, ou bionomie, forme le fond même du livre en traitant, dans autant de chapitres séparés, de la nature de la vie, de la matière, la morphologie, les forces et les fonctions des corps vivants avec la classification de ces fonctions.

Vient enfin la biognosie, ou physiologie spéciale de l'homme et des animaux. Leurs fonctions consistant dans l'échange de leurs matières, leurs forces et leurs changements morphologiques en sont expliqués, d'après les théories chimico-physiques et mécaniques les plus récentes; la dernière partie en offre un résumé très curieux dans leurs diverses applications.

Facile à lire dans son beau texte, cet ouvrage n'en est pas plus compréhensible dans plusieurs de ses parties pour les non initiés aux interprétations de la nouvelle science positive actuelle. La traduction littérale, en reproduisant la phraséologie allemande par la répétition du même subs-

tantif deux, trois et jusqu'à quatre fois dans le même alinéa, nuit essentiellement à sa clarté. Le français supporte mal ces répétitions que ses pronoms remplacent avec avantage. C'est, il est vrai, la méthode actuelle des micrographes et des histologistes de répéter à satiété le nom des microbes, des globules, des cellules, des granules ou tout autre élément en question, afin de ne pas les laisser échapper ni perdre de vue. A plus forte raison, quand il s'agit d'idées ou de distinctions encore plus subtiles comme ici. Mais tous ces motifs ne peuvent rendre le français plus clair, élégant et harmonieux ou euphonique, surtout pour faire voir au lecteur qu'il est un simple animal et rien qu'un animal.

**PLEURÉSIE.** Par sa fréquence, ses formes diverses et ses complications, cette maladie entraîne aujourd'hui des divisions rendues surtout nécessaires par les différents moyens chirurgicaux récemment apportés à son traitement. Il diffère si complètement dans la pleurésie purulente, selon qu'elle est aiguë ou chronique, qu'il est indispensable d'en distinguer les méthodes variées. Les moyens applicables à l'empyème aigu ne sauraient être confondus avec ceux de l'empyème chronique, compliqué ou non de fistule. Cette classification permet ainsi de réunir, sous ce titre unique, les récents perfectionnements opératoires apportés au traitement de cette grave affection et qu'il faudrait séparer autrement sous les noms divers qui leur ont été consacrés.

*Inoculation des liquides épanchés* comme moyen de diagnostic et de pronostic chez les malades suspects de tuberculose. Voy. PHTISIE.

Des corpuscules falciformes, rencontrés par MM. Kunstler et Pitres dans le pus extrait de la cavité pleurale d'un malade atteint de pleurésie chronique, rendent compte de cette inoculation. Ils sont analogues aux corps reproducteurs des sporospermies et sont renfermés dans de petites vésicules. C'est un sujet à élucider. (*Soc. de biol.*, août.)

**Pleurésie aiguë.** Elle complique souvent les maladies de l'abdomen, comme dans la péritonite tuberculeuse. (Voy. *ce mot.*) Senator admet qu'elle se produit par perfo-

ration du diaphragme, par métastase à la suite de l'immigration du thrombus infectieux et par contiguité ou continuité en suivant la voie des lymphatiques, sinon du tissu cellulaire interstitiel. Les abcès du foie, de la rate et du pancréas y donnent aussi lieu. Son développement, en pareil cas, ne doit donc pas être confondu avec la pleurésie idiopathique. (*Charité-Annalen.*)

*Ignipuncture contre la récidive de l'épanchement.* Au lieu du vésicatoire, appliqué immédiatement après la thoracentèse par le professeur Picot, son chef de clinique, Cayla, a eu l'idée de le remplacer par des cautérisations ponctuées nombreuses avec le thermo-cautère. La sérosité étant évacuée aussi complètement que possible, ces cautérisations très superficielles sont faites séance tenante, à peine distantes d'un centimètre sur toute la surface de la plèvre malade, quoique n'intéressant guère que la moitié environ de l'épaisseur du derme. Elles sont ainsi facilement supportées par les malades des deux sexes. Une puissante révulsion en résulte sur le thorax, suffisante, dans tous les cas où ce procédé a été employé, à prévenir la reproduction du liquide. La guérison est complète en peu de jours.

Au nombre des observations citées à l'appui, la plus concluante est celle d'une tuberculose miliaire aiguë ou granulie avec épanchement considérable du côté gauche. La thoracentèse amena l'issue de 2 050 grammes de liquide, et la cautérisation, faite ensuite, prévint si bien la récidive que le malade étant mort de sa tuberculose, l'autopsie permit de constater l'absence complète de liquide dans la plèvre. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

**Pleurésie hémorrhagique simple.** Un épanchement sanguin à la ponction est toujours d'un pronostic grave par les altérations tuberculeuses ou cancéreuses dont il peut être le signe. D'où l'importance de rechercher et fixer les autres causes moins graves qui peuvent y donner lieu, comme l'a fait le docteur Robert Moutard-Martin dans sa thèse inaugurale sur ce sujet. L'intérêt du fait suivant, observé par lui à l'hôpital Necker, en découle.

Un vieillard de soixante-quatorze ans, à l'aspect cardiaque et pouls irrégulier, ayant de la dyspnée avec étouffe-

ments depuis un mois, offre à l'examen un athérome artériel très accentué avec arythmie des battements du cœur. Congestion pulmonaire gauche avec matité à droite en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate, sans respiration ni souffle. Râles lointains à la fin des grandes inspirations sans égophonie; diminution des vibrations thoraciques. Pas de fièvre.

Une ponction donne issue à 2 000 grammes de liquide très sanguinolent qui se prend en gelée dans presque toute sa hauteur. Cette hémorrhagie fut rapportée à la congestion pulmonaire sous-jacente et à l'athérome généralisé, ayant produit une vascularisation plus abondante des fausses membranes, de la pachypleurite et la rupture de quelques artérioles. D'où un pronostic favorable, malgré la pâleur et l'affaiblissement du malade, son aspect presque cachectique.

L'issue confirma ce diagnostic par l'apparition du souffle axillaire après la ponction. Sa disparition en quarante-huit heures laissa les autres symptômes en l'état, et malgré un foie énorme et congestionné avec une bosselure molle et fluctuante dans la région épigastrique, ce vieillard guérit sans récidive de son épanchement hémorrhagique. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 décembre 1883.)

**PNEUMONIE.** L'étiologie en est de plus en plus discutée. Tous les systématiques actuels la mettent exclusivement à leur actif, alors qu'elle peut participer à la fois de tant de causes diverses. Une personne dans de mauvaises conditions hygiéniques ou organiques, sinon affaiblie par l'âge ou les maladies, et d'autant plus exposée par là au refroidissement, contracte une pneumonie sous l'influence d'une constitution médicale, et voilà aussitôt chaque docteur réclamant ce fait en faveur de son système. Elle est ainsi *toujours* épidémique pour le docteur Chaumier parce que, sur 01 cas observés récemment dans deux villages environnant Blois, il y a eu des séries se succédant ou coexistant dans la même localité et séparées par des intervalles de un à deux mois. Elles finissaient dans l'une pour recommencer dans l'autre, en frappant de préférence les enfants; sur 33 cas, il y eut 23 enfants atteints d'une manière bénigne et plusieurs se sont manifestés parmi les membres d'une même famille ou de proches voisins, bien que la contagion directe

fût rarement observée. (*Congrès de Blois pour l'avancement des sciences.*)

Pourquoi la proclamer exclusivement épidémique, d'après cela? La constitution médicale régnante, certaines conditions locales ne suffisent-elles pas à expliquer ces faits, à l'exemple de tant de savants observateurs. Certaines influences atmosphériques peuvent la rendre plus fréquente ainsi avec une apparence épidémique et même infectieuse dans quelques localités. De là sa nouvelle étiologie microbienne. Mais quand elle se montre tous les jours isolément, dans une famille et un village, sous l'influence d'un refroidissement évident, comment prétendre la rendre exclusivement épidémique, contagieuse, infectieuse, parasitaire?... Cette multiplicité de causes latentes, incontrôlables et douteuses, prouve précisément sa simplicité. Ce n'est ni l'air saturé de micrococcus, ni quelque agent infectieux transmissible, ni le refroidissement qui produisent la pneumonie, ajoute le docteur Purgesz, professeur de clinique interne à l'Université de Klausenbourg; le sol seul est coupable. (*Soc. méd. de Buda-Pesth*, 5 janvier.)

Aussi bien, son collègue de Paris, le professeur G. Sée, n'a-t-il plus hésité à proclamer magistralement « sa nature parasitaire spécifique, d'après l'observation frappante d'un certain nombre de faits se comportant comme les maladies les plus nettement infectieuses et attaquant successivement plusieurs membres d'une même famille. »

Elle est simple, dit-il, et l'inflammation reste locale tant que le parasite ne dépasse pas les limites de l'appareil pulmonaire. Elle est infectieuse, s'étend et se généralise, lorsque le microbe envahit les organes voisins. De là sa distinction avec la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie; sa marche est cyclique, comme les fièvres éruptives, simple et bénigne, nettement définie comme la variole, la rougeole, et comprise dans des limites fixes de six à neuf jours. (*Acad. des sciences*, 24 novembre.)

Tels sont les nouveaux dogmes posés, non comme faits distincts, isolés, observés dans tous les temps et signalés comme s'opposant à la règle générale; aujourd'hui celle-ci ne serait plus que l'exception en vertu même de ces lois contraires. C'est là leur caducité radicale.

*Inoculabilité.* Après toutes les expériences tentées en lemagne surtout et en Italie pour découvrir le microbe écifique, on n'a pu l'isoler, le cultiver, ni l'inoculer à up sûr. Une nouvelle étude expérimentale sur la produc- ›n artificielle de cette maladie, d'après les expériences Friedlander, faites dans le laboratoire du professeur ›rnil à la Faculté de médecine par le docteur Afanassiew, ›nt de confirmer ces desiderata de la manière la plus plicite. La présence de micrococci différents, très voisins ›r leur forme et leur volume, a été constante dans la pneu- onie de l'homme et celle des animaux, mais leur colora- ›n différente dans l'une et l'autre démontre évidemment ur diversité. Tout en admettant leur rôle actif dans la oduction de la pneumonie croupeuse, on ne peut en ›montrer les propriétés pathogéniques spéciales, en raison ême de leur faiblesse. Les animaux inoculés, souris ou ›bayes, résistent souvent, à moins que ces microbes ne ›ient insérés directement sur le poumon.... malade, car le oumon sain échappe à leur prolifération. On les retrouve insi au siège du poumon hépatisé dans les cas de fièvre ruptive ou typhoïde grave.

Il est donc prouvé que l'inoculation seule de ces microbes e suffit pas d'ordinaire à développer la pneumonie arti- cielle, même directement sur le poumon, s'il ne s'y joint 'autres causes nocives affaiblissant l'organisme ou des irconstances adjuvantes du développement de ces micro- occi. Ce qui n'empêche pas d'admettre, pour conserver › bénéfice de ces longues expériences, que ces microbes 'aient une influence sur la genèse de la pneumonie, parce ue, dans *quelques* cas, l'injection de *quelques* gouttes ı liquide de culture en contenant, à *quelques* petits ani- aux non affaiblis, a suffi à la développer. Comme toutes s maladies microbiennes, ajoute M. Cornil, deux éléments nt nécessaires : le microbe et un terrain favorable à sa llulation. Pour que celui de la pneumonie se développe, ı organisme débilité par l'exposition au froid, l'alcoolisme, sénilité et d'autres causes sont indispensables. N'est-ce s la négation même de son action microbienne?

D'où l'objection de M. Brown-Séquard : La pneumonie ant une inflammation du parenchyme pulmonaire, si elle t liée à la présence d'un microbe, il en est de même de

toutes les autres maladies inflammatoires. N'est-il alors pas plus logique et rationnel de supposer que le poumon d'un pneumonique constitue un terrain favorable au développement de certains microbes que de leur faire jouer un rôle étiologique dans cette maladie? Évidemment la doctrine pastorienne, par son exclusivisme, aveugle bien des esprits. (*Soc. de biol.*, 31 mai.)

*Forme infectieuse.* Elle est mise en évidence par le docteur Broughton, dans le cas d'une femme de vingt-neuf ans, très forte, mère de plusieurs enfants, qui fut atteinte le 19 janvier 1882, après un refroidissement, de plusieurs accès consécutifs de frissons suivis de sueurs. Une pneumonie aiguë type des deux lobes moyen et inférieur du poumon droit y succéda; mais, au lieu de la résolution, la fétidité de l'haleine et de la respiration se montra le dix-huitième jour. C'était une gangrène circonscrite du poumon. Un épanchement purulent de la plèvre y succéda, annoncé par des frissons et l'élévation de la température. L'empyème est pratiqué en laissant l'ouverture libre jusqu'à épuisement du liquide et guérison de la malade.

Or cette femme habitait une maison où vivaient neuf personnes de la même famille : un père, deux filles et leurs maris avec quatre enfants. Du 17 octobre 1881 au 2 avril 1882, sept de ces habitants furent atteints successivement, dont quatre de *febricula* avec convalescence lente, débilité et anémie persistante, comme après la diphthérite et autres maladies infectieuses. Une autre fut atteinte de fièvre typhoïde galopante et mortelle le cinquième jour. Immédiatement après la pneumonie ci-dessus, un érysipèle phlegmoneux, sinon un anthrax de la nuque, entraîna la mort en trois jours; c'était bien une infection générale déterminée par une canalisation vicieuse des matières fécales, dont un tuyau percé laissait répandre les émanations dans l'habitation, comme une enquête judiciaire le constata. Des affections ordinaires comme la pneumonie même ont ainsi pris le caractère infectieux. (*Med. Society of Suffolk* et *Boston med. and surg. journal*, n° 8.)

*Hémiplégie coïncidente.* Cet accident rare est peu connu, quoique plusieurs cas en aient été cités dans ce Dictionnaire.

(Voy. HÉMIPLÉGIE, 1870-71, 1877). Un nouvel exemple de cette combinaison de deux maladies si différentes, observé par le docteur Luc, nous y fait revenir ici. Au quatrième jour d'une pneumonie droite chez une femme, au système artériel athéromateux, une hémiplégie gauche survint avec le type cérébral ordinaire sans aucune sensation, mais diminution des facultés intellectuelles. L'augmentation de la fibrine dans la pneumonie aiguë, en troublant la condition chimique du sang, avec la présence de l'athérome des parois artérielles du cerveau, ne peut-elle donner lieu à une thrombose de l'artère cérébrale droite? Il est juste de dire aussi qu'un murmure systolique à siège indéterminé apparut pendant l'évolution de la pneumonie. Une légère déviation de la bouche était la seule trace de cette hémiplégie cinq mois après. (*France méd.*, 23 avril.)

*Mortalité parmi les pauvres.* Sur 100 pneumonies lobaires traitées à l'infirmerie de la Workhouse de Birmingham par le docteur Suckling, durant le premier semestre de 1884, il y eut 43 décès!! Tous ces malades — soixante-treize hommes et vingt-sept femmes — dont soixante-cinq au-dessus de quarante ans, venaient des plus basses classes adonnées à l'alcoolisme, affaiblies par le défaut de nourriture et de vêtements et offraient ainsi peu de résistance à cette maladie aiguë. 22 avaient des bronchites chroniques ou de l'emphysème. Le lobe inférieur droit était atteint dans quarante cas et le gauche dans trente-trois; le supérieur droit dix-sept fois et le gauche sept. Ces vingt-quatre pneumonies du sommet sur cent donnèrent dix décès, dont huit étaient compliqués de phtisie douteuse; quatre cas de cyanose en résultèrent, sans que la saignée dans un cas, en ramenant la connaissance, ait pu empêcher la mort. (*Lancet*, 6 septembre.)

*Traitement.* Dans la forme aiguë, le docteur F. Minot règle le traitement adopté depuis plusieurs années, dans son service de l'hôpital général du Massachusetts, sur les trois formes cliniques suivantes. Aux malades de tout âge, pris en pleine santé d'une fièvre initiale de vingt-quatre à quarante-huit heures avec une température de 104° F. environ et une inspiration sur trois pulsations les sept jours

suivants pour tomber ensuite, la crise terminale variant de un à deux jours et rarement plus, aucune médication n'est administrée ni diète autre que de l'eau fraiche ou douce à volonté. Toute application topique, émolliente ou révulsive sur la peau est plus préjudiciable qu'utile par la fatigue, le refroidissement et la douleur en résultant. Laisser le malade tranquille, les enfants surtout, avec de l'eau ou du lait pour boisson, suffit à la guérison, sans que l'inflammation tende à s'étendre aux deux poumons. Un lit simple où le malade puisse être aisément changé et examiné; de l'air frais admis constamment dans la chambre ou du feu jour et nuit en hiver constitue la meilleure hygiène, sans forcer le malade à prendre de l'alimentation qui lui est toujours préjudiciable tant qu'il ne la demande pas.

Chez les malades débilités par l'âge, l'excès de travail, la misère ou une maladie antérieure, le pronostic est plus douteux que dans les cas précédents. L'inflammation passe souvent d'un poumon à l'autre et la température décroît graduellement; la convalescence est plus longue. Néanmoins l'expectation précédente ne diffère que par l'adjonction de l'alcool et de la digitale en cas d'obstruction pulmonaire par défaillance du cœur. Le champagne réussit très bien ou tout autre stimulant au gré du malade. L'eau-de-vie et le carbonate d'ammoniaque sont spécialement dirigés contre l'adynamie. La guérison en résulte ainsi dans la majorité des cas.

Chez les malades cachectiques, au contraire, la plupart succombent quel que soit le traitement adopté. Intempérants en général ou en proie à des affections rénales ou tuberculeuses, ils ne résistent guère à la maladie intercurrente, pas plus que ceux atteints de fièvre typhoïde, variole, bronchite chronique, etc. A l'hépatisation succède l'infiltration purulente sinon la gangrène, et la mort survient par asphyxie ou dépérissement, malgré tous les stimulants administrés à hautes doses avec l'alimentation.

Dix observations cliniques appuient ces prémisses, mais il est certain que les toniques conviendraient bien mieux que tous ces stimulants aux pneumoniques cachectiques français. (*Boston Soc. pour le perfect. méd.*, 10 février.)

*Quinine abortive.* Prise au début, dit le professeur A. Flint, la pneumonie peut être enrayée, coupée par la quinine. Le docteur Suckling ayant observé quatre des malades de la statistique précédente au premier jour de l'attaque, avec frisson, élévation rapide de la température de 104 à 105° F. et une crépitation fine, leur fit prendre d'emblée 50 centigrammes de sulfate de quinine en une seule fois. La température diminua aussitôt et la maladie s'arrêta, la crépitation disparaissant en un jour ou deux. (*Lancet*, 6 septembre.)

*Iodure de potassium.* D'accord avec Schwarz ne considérant pas la pneumonie comme une maladie locale avec des symptômes généraux, mais comme une maladie générale avec des effets locaux, le docteur Gualdi (de Rome) donne 40 centigrammes d'iodure à ses malades toutes les deux heures, en appliquant une vessie de glace sur le *focolaio pulmonitico*. Trente-neuf pneumoniques soumis indistinctement à ce traitement en ont présenté les résultats suivants. L'expectoration, de visqueuse et tenace, devint fluide, séro-sanguine, dès le second jour, et avec la disparition de la fièvre, la dépression cessa, quoique l'état physique du poumon n'ait pas changé. Il est même aggravé parfois. Finalement l'appétit devient si impérieux dans la convalescence que le régime ordinaire doit être augmenté considérablement.

La mortalité a été de 6 : 100, quoique deux malades atteints de pneumonie du sommet n'aient pu être soumis au traitement en raison de leur délire furieux. Les effets de ce traitement seraient donc la confirmation que la fièvre est l'élément morbide principal, comme Jurgensen l'a soutenu.

Ce traitement spécifique réussit mieux chez les jeunes malades que chez les vieux; il doit être administré dès le début, pour produire ses meilleurs résultats. Il est ainsi efficace dans la période congestive et dangereux quand le contenu des alvéoles est déjà solidifié et le poumon induré. (*Lancet*, 5 juillet.)

*Calomel à dose réfractée.* Une pneumonie chez une fille de douze à quatorze ans ne se résolvant pas au dix-huitième jour par le traitement ordinaire, le docteur Droux essaya

le calomel à la dose de 2 milligrammes toutes les heures pendant un à deux jours. Simple coïncidence ou effet de la nouvelle médication, la malade était beaucoup mieux dès le lendemain et guérit bientôt. Un homme de cinquante à cinquante-cinq ans, ayant offert les mêmes phénomènes, fut soumis au même traitement dès le cinquième jour et en éprouva le même résultat. Plus de cent cinquante malades ont été soumis depuis à ce traitement d'emblée, en donnant des résultats beaucoup plus rapides et plus satisfaisants que les traitements classiques. Sans produire aucun effet violent ni désordonné, le calomel a une action résolutive des plus incontestables sur l'hépatisation pulmonaire. Une moiteur douce et onctueuse de la peau a lieu du premier au second jour de son usage, la langue et la bouche deviennent humides, l'oppression et la chaleur diminuent. Une selle se produit après les quinze à vingt premières doses, la fièvre diminue et bientôt le bruit de souffle est remplacé par les râles sous-crépitants de retour.

Dès que, après quelques jours du traitement classique, on n'obtient pas l'amélioration attendue et que la langue et la peau continuent à être sèches avec persistance de la fièvre, l'oppression et le bruit du souffle s'aggravant au lieu de diminuer, on peut essayer cette médication. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

**Pneumonie typhoïde.** Comment distinguer, dans ce complexus morbide, l'élément essentiel, primitif, prédominant et dont l'autre peut être considéré comme l'épiphénomène ou la complication ordinaire? Telle est la question formulée par le professeur Hayem, à propos de deux observations de ce genre faites à douze jours d'intervalle au mois d'avril 1883, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et décrites *in extenso* par son interne, Ballet. Il s'agit de deux garçons, atteints dans des conditions opposées et d'une manière différente. Le premier de vingt-neuf ans, très grand et fort, vivant bien sans aucun excès, et à Paris depuis son enfance, est pris, après huit jours de malaise, de symptômes thoraciques qui permettent le diagnostic d'emblée de pneumonie franche de la base droite, sans aucun phénomène typhique. Le défaut de réticulum fibrineux du sang pur et frais fait seul réformer ce diagnostic et bientôt

apparaissent des symptômes typhoïdes pour le confirmer. Mort dans le coma le huitième jour de l'hospitalisation avec un noyau de pneumonie de 7 à 8 centimètres de diamètre au centre du poumon, sans rien dans l'intestin.

Le second, de vingt et un ans, est petit, maigre, imberbe, alcoolique et n'habite Paris que depuis deux ans. Pendant vingt et un jours, il est mal à l'aise et, après une épistaxis et des vomissements bilieux, il entre à l'hôpital où le diagnostic de fièvre typhoïde est porté. Le cinquième jour seulement, on trouve tous les signes physiques d'une pneumonie franche à droite qui entraîne la mort le neuvième jour. Les lésions nécroscopiques sont les mêmes que dans le cas précédent.

De là l'impossibilité de conclure dans ces cas à une fièvre typhoïde anomale avec localisation pulmonaire prédominante, comme le veut M. Barella. Qu'est-ce qu'une dothinentérie en l'absence de taches rosées au vingt-cinquième jour et de lésions des plaques de Peyer à l'autopsie? La thérapeutique des symptômes ne suffit pas à élucider la question car, dirigée énergiquement et par des moyens opposés dans les deux cas, elle n'a pu prévenir la mort. D'où l'extrême embarras du praticien qui en fait vaguement des pneumonies malignes, infectieuses, asthéniques, devant l'insuccès de tous ses efforts. (*Archiv. de méd.*, mars.)

**PRIX.** Ils ne manquent pas en France, où ils sont une institution presque nationale, mais le retard croissant que l'on met à en publier les programmes, au moins une année d'avance pour les prix annuels, ne laisse pas toujours le temps nécessaire aux concurrents de se préparer convenablement à les disputer avec avantage. Leur distribution étant retardée, à défaut de rapports déposés en temps voulu sur les mémoires présentés, les programmes de l'année suivante, en coïncidant avec cette distribution, n'ont souvent que quelques mois de publicité. A Lyon comme à Toulouse et d'autres grandes villes : Marseille, Bordeaux, Nantes, ces programmes ne sont publiés qu'au milieu de l'année, alors que les mémoires pour y répondre doivent être parvenus du 1er au 31 janvier de l'année suivante. C'est pourquoi il n'y a pas à les enregistrer ici. Comment espérer, dans ces

conditions, des mémoires mûris et réfléchis, à moins de se trouver préparés d'avance?

Le programme des prix annuels de l'Académie de médecine de Paris pour 1885 est ainsi en souffrance par le retard forcé de la séance annuelle pour la distribution de ceux de 1884. Les rapports se font ici de plus en plus tardivement, comme pour le budget national à la Chambre des députés. On en écoute à peine la lecture et toute la responsabilité des conclusions est laissée au rapporteur, sans discussion publique. Les comités secrets ont beau jeu alors pour faire valoir leurs candidats. De là leur nombre restreint et le peu d'importance accordée à ces prix, sinon par le titre et l'argent qui en reviennent aux lauréats.

Le fait s'est accusé cette année d'une manière flagrante pour le prix Saint-Paul de 25 000 francs, à qui aura trouvé un remède certain contre la diphthérite. Malgré la difficulté du sujet, l'importance de la somme a suscité une foule de concurrents de tous les pays d'Europe et de tous les points cardinaux du monde entier, de l'Amérique et des Grandes-Indes. Le docteur Féréol, rapporteur, a eu plus de deux cent cinquante mémoires, lettres, opuscules et télégrammes, recettes à analyser venant d'herboristes, coiffeurs, instituteurs, pharmaciens, missionnaires, bandagistes, commères et jusqu'à des médecins; le moindre encouragement ne sera probablement pas accordé à aucun de ces postulants, malgré les efforts du rapporteur.

En sera-t-il de même du prix Barbier de 100 000 francs contre le choléra? Personne ne peut avoir assurément la prétention outrecuidante de le remporter cette année, puisque aucun, mis de nouveau à même d'appliquer son spécifique, n'a réussi à en montrer l'efficacité. Mais des encouragements pourront bien être accordés selon l'habitude à ceux qui ont employé des remèdes nouveaux, comme les injections intra-veineuses d'eau salée, le tannin, l'ozone, l'oxygène et ont réussi à guérir des cholériques. A cet égard, comme pour tout autre, il faut attendre les décisions académiques. Voici, à défaut de ces prix, ceux institués à la Faculté de médecine.

### Faculté de médecine de Paris.

**Prix Corvisart,** destiné à l'élève qui a le mieux recueilli

ɔservations dans une clinique interne sur une question
ée chaque année : 400 francs avec médaille.

**lx Montyon.** 700 francs à l'auteur du meilleur ouvrage
es maladies prédominantes dans l'année précédente
leurs caractères, leurs symptômes et leur traitement.
ɜser dans les formes académiques au secrétariat de la
té avant le 1er juillet de chaque année.

**lx Barbier.** 2 000 francs à l'inventeur d'une opération,
ruments, bandages ou appareils mécaniques d'une uti-
énérale. Adresser avant le 1er juillet de chaque année.

**lx Chateauvillard.** 2 000 francs au meilleur travail sur
iences médicales, imprimé dans l'année précédente et
sé à la Faculté du 1er au 31 janvier qui suit la publi-
n.

**lx Lacaze.** Une somme de 10 000 francs est accordée
les deux ans au meilleur ouvrage sur la phtisie pul-
aire et alternativement sur la fièvre typhoïde. Ce prix
accordé aux leçons du docteur Debove sur la tuber-
e parasitaire, le prochain de 1885-86 s'appliquera à la
ɜ typhoïde.

**lx Trémont.** 1 000 francs sont destinés aux étudiants
ıgués et sans fortune qui en font la demande par écrit
ɔyen, avant le 1er juillet de chaque année, en fournis-
des pièces authentiques sur la situation de fortune de
famille.

**gs Barkow.** Son revenu annuel de 3 000 francs étant
né à aider les jeunes gens pauvres à poursuivre leurs
ɜs dans les établissements d'enseignement supérieur de
, les élèves en médecine peuvent y concourir en adres-
une demande au doyen, avant le 1er octobre de chaque
e, avec les pièces propres à éclairer la Faculté sur leur
ion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Déterminer expérimentalement l'influence de la dessic-

cation, employée comme moyen de conservation, sur les médicaments simples du règne végétal : 600 francs.

Clôture du concours : 1er juillet 1885.

II. Action physiologique des soustractions sanguines locales et générales, dans le traitement des maladies, avec leurs indications et contre-indications. 1 500 francs.

Clôture du concours : 1er décembre 1885.

### Gouvernement italien.

**Prix international** de 2 000 francs. Exposer les progrès faits dans ce siècle, en Italie et ailleurs, dans l'étude anthropologique, criminelle et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés, en signalant les faits et les statistiques à l'appui confirmés ou combattus par les faits et les statistiques contraires. Les mémoires, écrits en français ou en italien, doivent être parvenus au ministère de l'intérieur avant le 31 décembre.

### Académie de médecine de Turin.

Recherches embryologiques sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'homme en particulier. 20 000 francs. Tous les ouvrages imprimés depuis 1881, en français comme en italien ou en latin, seront admis en double exemplaire, de même que les manuscrits, et devront être parvenus le 31 décembre 1886.

**Prix Bressa** de 12 000 francs, au meilleur ouvrage publié de 1883 à 1886 sur la chimie, la physique, l'histoire naturelle, la physiologie, l'histoire, la géographie, la statistique. Il pourra aussi être décerné à l'auteur de la découverte la plus éclatante ou la plus utile faite dans cet intervalle.

Les savants de tous les pays peuvent concourir en envoyant leurs travaux à l'Académie de Turin jusqu'à la fin de 1885.

### Institut lombard.

Démonstration expérimentale sur la matière génératrice de l'hydrophobie, pour savoir si elle est un principe virulent ou un germe organique : 6 000 francs. Terme du concours : 1er mai 1885.

**Prix Fossati.** Histoire critique des travaux les plus impor-
ıts publiés sur le crâne humain depuis Gall. Terme du
ncours : 1er mai 1885, 2 000 francs.

Démontrer un point d'anatomie macro ou microscopique
e l'encéphale humain : 2 000 francs. Terme du concours :
er mai 1886.

Les mémoires doivent être adressés au secrétariat de
Institut lombard, au palais Brera, à Milan.

**PURPURA.** En subissant tour à tour l'influence des doc-
ines régnantes pour en expliquer la nature, cette maladie
e pouvait échapper à celle de la microbiatrie. Au lieu
être une affection des vaisseaux, elle réside dans le sang
ıême, suivant W. Russell, par ses caractères de fièvre
pécifique. Le muscle cardiaque lui ayant offert dans un
ıs des taches purpuriques étendues, il les fit examiner
ar Watson Cheyne qui en trouva les vaisseaux de la partie
plus profonde obturés par des bacilles dont des colonies
ıistaient dans le sang épanché. Ces bacilles, subissant l'ac-
on des réactifs colorants comme les micro-organismes
onnus, étaient plus sensibles au bleu de méthylène. Ils sont
insi mis très facilement en évidence, quelques-uns sem-
laient contenir deux spores. Ces embolies bacillaires se-
aient la cause des hémorrhagies. La nature du purpura
erait donc due à ce microbe! (*Ass. méd. britannique*, 1883.)

M. Watson Cheyne a rencontré des micro-organismes dans
eux cas de purpura hémorrhagique idiopathique. Chez
ne jeune fille morte après avoir présenté une éruption de
aches purpuriques et des hémorrhagies en divers points,
découvrit dans les petits vaisseaux des colonies de bâton-
ets les oblitérant et en ayant par places rompu les parois.
fit les mêmes constatations chez un garçon de quatorze
ns mort de purpura idiopathique. (*Patholog. Society*, 18 fé-
rier.)

Comment concilier cette origine spécifique avec le pur-
ura d'origine traumatique, mis en évidence par le docteur
erne dans les cas suivants : Un homme en pleine santé
ıit une chute ou reçoit un coup. Il ne songeait plus à cet
ccident quelques heures après, lorsqu'il est pris de malaise
t voit apparaître sur son corps, loin du point frappé, une
ıultitude de taches purpuriques disparaissant bientôt sans

complication comme dans le purpura simplex. D'autres fois, c'est un purpura hémorrhagique à marche lente, à forme scorbutique, sans les conditions de celui-ci. Sa marche est lente, par poussées successives avec sphacèle, et sa guérison très tardive.

Parfois, il a toutes les allures rapides et les caractères de la maladie de Verlhoff et peut même revêtir la forme infectieuse par un état général grave : fièvre, aspect typhoïde, hémorrhagies multiples, larges ecchymoses de la peau. On a vu la mort survenir ainsi en deux à cinq jours; elle arrive tardivement quand les symptômes sont plus légers au début et évoluent lentement.

Toutes ces formes sont appuyées sur des faits qui ne peuvent être attribués à l'émotion souvent nulle. Ils dépendent bien plutôt d'un état de la moelle provoqué par le traumatisme avec excitation ou parésie des centres vasomoteurs. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

*Hémorrhagies des centres nerveux.* Après le mémoire complet sur ce sujet, cité l'année dernière, les deux nouveaux cas observés à l'hôpital par le docteur Bristowe n'ont plus qu'une valeur numérique pour appeler l'attention des cliniciens à cet égard. La mort subite en est le signe ordinaire : elle survint le troisième jour d'une attaque chez un purpurique de trente-trois ans et immédiatement chez une femme de cinquante-sept ans. Il est donc commandé en pareil cas d'ouvrir le crâne et d'inspecter le cerveau pour connaître la fréquence de ces hémorrhagies redoutables. (*Med. Times and Gazette*, 1883.)

Les mêmes accidents, observés dans l'hémophilie par le docteur Eymerie, en démontrent assez la nature. Ils dépendent bien de la fluidité du sang transsudant à travers les capillaires. Dans trois cas, la mort subite survint en pleine santé par apoplexie pulmonaire et une fois par hémorrhagie cérébrale. Bien que les hémophiles succombent ordinairement à une hémorrhagie, la mort subite est exceptionnelle. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

**Purpura infectieux.** *Une variété foudroyante* chez l'enfant résulte des observations suivantes du docteur Gueilliot. Trois enfants habitant la même rue sont frappés en pleine

té de convulsions avec vomissements et dyspnée de
ne spéciale. La gêne de la respiration s'accentue, les
ts malades tombent dans l'abattement ou le coma, et le
pouvant parler, une petite fille de trois ans, se plai-
it d'une vive douleur dans la région lombaire.
près quelques heures et toujours secondairement appa-
sent des taches purpuriques symétriquement disposées
la face antéro-interne des cuisses. D'abord foncées,
distinctes, comme les macules de la roséole syphilitique,
prennent bientôt une couleur rouge vive, puis pourpre
oire ensuite; il semble que l'on ait écrasé des mûres en
ains points, comme dans le *Mulbery rash* des Anglais.
e temps, cette éruption envahit le tronc et la face où
n'arrive qu'en dernier lieu. Sa marche est ainsi pro-
sive et symétrique.
ans ces trois cas, le mal a été si foudroyant que la mort
arrivée en quatorze, quinze et vingt heures après le
ut des convulsions. Rejetant l'idée d'une éruption
latiniforme ou d'un rash hémorrhagique varioleux,
teur ne voit là qu'une maladie infectieuse spéciale des
graves, dont il n'a pu découvrir la cause qui agit
me un poison, un virus des plus violents. Ses analo-
avec l'ictère grave, la fièvre pernicieuse hémorrhagique
urtout le typhus cérébro-spinal permettent d'en faire
infection miasmatique dont la source doit être recher-
dans le voisinage de la demeure de ces enfants.
*ion méd. du Nord-Est.*)

**USTULE MALIGNE.** Son assimilation au charbon des
naux, par l'étiologie bactéridienne, semble de plus en
en défaut. L'absence de bactéries dans le sang,
s le liquide des vésicules et celui de l'escharre, cons-
e par MM. Capitan et Charrin dans le cas de M. Reclus
*y. année* 1883), s'est confirmée par l'examen du professeur
nil dans trois cas identiques. Trois ouvriers en cornes,
rente à quarante ans, travaillant dans le même établis-
ent, se présentent successivement à l'hôpital Saint-Louis
tous les caractères cliniques d'une pustule maligne :
e située à l'angle droit de la mâchoire inférieure, l'autre
la joue droite et la dernière sur la nuque. Le sang des
ades et le pus des pustules ne contenaient pas de bacté-

ries, et cependant les deux premiers sont morts avec des accidents tétaniques, malgré l'excision de la pustule et un traitement iodé et phéniqué interne et externe. Le troisième seul a guéri, quoique des bactéries existassent en grande quantité dans la sérosité de la pustule. La présence du microbe n'est donc pas un caractère constant et univoque chez l'homme comme chez les animaux. On ne peut douter cependant de la nature maligne de l'affection ni de sa virulence; les inoculations faites à des cobayes avec le sang, la sérosité et le pus privés de bactéries ayant déterminé la mort dans certains cas, lorsque d'autres ont survécu. Le sang recueilli dans le cœur des cobayes morts ne contenait pas davantage de bactéries, et cultivé dans du bouillon stérilisé, inoculé ensuite, il est resté sans résultat. (*Archiv. de méd.*, mai.)

Comme d'autres expériences antérieures, celles-ci contredisent l'assimilation absolue du charbon et de la pustule maligne et la comparaison des maladies des animaux à celles de l'homme. Les résultats expérimentaux de celles-ci ne sont pas simples, réguliers et constants comme dans celles-là. D'où l'erreur de vouloir appliquer à l'homme la vaccination préventive par le virus atténué dont les succès chez les animaux ont fait tant de bruit avant d'avoir reçu la consécration du temps. L'excision de la pustule et le traitement antiseptique, général et local, auront seuls à gagner à ces expériences.

*Inoculation nouvelle.* Les moutons de la Russie méridionale en seraient les intermédiaires, non par leur chair, mais par leur laine, d'après M. Proust qui en a observé l'exemple suivant à l'hôpital Lariboisière. Un employé des abattoirs entre le 24 novembre avec une pustule maligne au-dessus de l'arcade sourcillière, avec œdème considérable, ganglions sous-parotidiens gonflés et douloureux, état général grave, température à 41° 5, pouls à 120. Le mal a débuté le 21 au soir par des démangeaisons sur le dos de la main, puis au front et à l'avant-bras. Une application du caustique de Vienne est immédiatement faite sur la pustule et les eschares sont enlevées jusqu'à la surface saignante, puis des injections hypodermiques, avec une solution de teinture d'iode iodurée, sont pratiquées autour.

Dès le lendemain, la détente s'annonce et le 28 tout danger a disparu avec la continuation des injections. Et cependant la nature infectieuse du mal fut démontrée expérimentalement. Si le sang du malade, ensemencé dès son entrée dans un bouillon de culture, resta stérile, la sérosité de la pustule a fertilisé ces bouillons qui, inoculés à des cobayes, les ont tués. En admettant, d'après cela, que l'infection fût localisée, ce n'en était pas moins une pustule maligne. Restait à savoir comment elle avait été contractée.

Cet homme venait de préparer pour la boucherie des moutons ayant dans leur laine, leur peau et jusque dans leurs muscles, des sortes de piquants susceptibles de piquer, de blesser, même à leur insu, les personnes qui les touchent, les dépouillent et les dépècent. Ces épines sont les graines pointues d'une graminée, le *stipa tortilis*, qui croît en abondance dans les pâturages du midi de la Russie d'où ces moutons provenaient. A la base de cette graine épineuse, existe une collerette formée de dents aiguës qui, comme un hameçon, empêche la sortie de l'épine une fois entrée dans les tissus. Elle chemine à l'instar des aiguilles introduites dans l'organisme et 2 à 3,000 piqûres existaient sur les peaux de ces animaux. D'où la communication du charbon dont ces animaux étaient atteints. (*Acad. de méd.*, novembre.)

# R

**RAGE.** Un grand progrès semble en voie de réalisation quant à la prophylaxie de cette épouvantable et dangereuse maladie chez le chien, où elle se développe spontanément. Après avoir découvert par la constatation expérimentale que le siège électif du virus rabique est primitivement localisé dans le bulbe qui unit la moelle au cerveau, avant de se répandre dans le reste du système nerveux et les glandes salivaires, M. Pasteur s'est servi de cette voie de la trépanation autant pour recueillir le virus que pour l'inoculer. Des centaines de chiens pris en fourrière sans choix et inoculés de cette manière, ainsi que des cobayes et des

lapins, ont mis ce fait hors de contestation. Il s'agissait de savoir si, comme le virus charbonneux et d'autres, le virus rabique était susceptible d'atténuation pour l'appliquer à la vaccination des animaux. C'est ici qu'est le nouveau progrès.

Après de nombreuses expériences comparatives, M. Pasteur s'est assuré que la virulence du virus rabique, recueilli dans le système nerveux, augmentait d'intensité par son passage sur une série de chiens; de même que de lapin à lapin et de cobaye à cobaye.

Au contraire, en passant du chien au singe et en continuant sur celui-ci, la virulence s'affaiblit à chaque inoculation. Il reste même atténué en étant reporté ainsi du singe au chien, au lapin, au cobaye. Cette atténuation peut être amenée facilement par un petit nombre de passages, de singe à singe, jusqu'au point de ne jamais donner la rage au chien par des inoculations hypodermiques. L'inoculation par la trépanation, méthode si infaillible pour la communication de la rage, peut même ne produire aucun résultat, en créant néanmoins, pour l'animal, un état réfractaire à la rage. (*Acad. de méd. et des sciences*, mai.)

Telle est la grande découverte pratique dont voici les applications. Le virus recueilli dans le cerveau d'un chien mort enragé est inoculé à une guenon qui en meurt. Le virus affaibli de celle-ci est inoculé successivement à deux autres guenons, jusqu'à obtenir un virus sans nocuité, innocent. Inoculé alors à quatre chiens l'un après l'autre, jusqu'à redonner au poison son maximum d'intensité, le virus est obtenu à divers degrés. En l'inoculant au plus faible, il prévient la rage, comme cela a été démontré publiquement par les expériences suivantes, faites en présence d'une commission scientifique composée de membres des deux Académies précédentes choisis par M. Pasteur.

42 chiens ont été mis en expérience dans 12 séances successives, du 1er au 28 juin, en faisant uniformément mordre par des chiens enragés 23 chiens préalablement inoculés ou plutôt vaccinés par M. Pasteur, tandis que les autres étaient pris sans choix à la fourrière. Or de ceux-ci, au nombre de 19, 6 mordus par des chiens enragés ont présenté 3 cas de rage; 8 inoculés par des injections intra-

veineuses avec du virus rabique en ont présenté 6 et les 5 inoculés par la trépanation sont tous morts. Les 23 vaccinés, au contraire, n'ont pas offert un seul cas de rage.

Au cours de ces expériences, l'un de ces derniers chiens réfractaire à la rage, inoculé par trépanation le 6 juin, est mort le 13 juillet d'une diarrhée avec évacuations noires dans l'infirmerie de M. Bourrel. Afin de montrer qu'il n'était pas enragé, son bulbe a été inoculé le jour même de sa mort à trois lapins et un cobaye qui n'en avaient rien éprouvé le 4 août, vingt-trois jours après l'inoculation.

La conclusion de ces faits est donc bien évidente. Néanmoins, les chiens survivants seront gardés à vue pendant un an par les vétérinaires pour constater si leur immunité contre la rage persiste. On jugera ainsi si elle est temporaire ou permanente, et, si ces expériences réussissent, rien ne s'opposera plus à ce que la rage disparaisse de notre milieu, en rendant la vaccination de tous les chiens obligatoire et en y soumettant les personnes mordues, aussitôt après l'accident. Ce qui serait une vaccination analogue à celle de la vaccine contre la variole.

Proclamés par l'auteur au Congrès international de Copenhague, après l'exposé de ses vues scientifiques, ces résultats ont soulevé d'unanimes applaudissements et des manifestations enthousiastes. (Voy. CONGRÈS.) Aucun inventeur n'a jamais reçu de pareils éloges de son vivant, joui d'autant de facilités pour ses travaux et n'a été récompensé de ses services avec tant de munificence. La science est glorifiée en M. Pasteur comme elle ne l'a jamais été.

**Rage de l'oiseau.** En perfectionnant ce procédé d'inoculation dans le cerveau des oiseaux par de simples injections qu'il a pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil, M. Paul Gibier est parvenu à communiquer la rage aux oiseaux. Mais quelle rage! Elle guérit spontanément et ne se reproduit pas deux fois. Sa transmission seule de l'oiseau à l'oiseau et aux mammifères peut en servir de preuve, encore mieux que son microbe, micrococcus. Le froid en atténuerait le virus en le conservant. Il a observé aussi que la polyurie se manifeste souvent chez les animaux inoculés comme un symptôme prémonitoire de la rage. (*Soc. de biologie.*)

**RÉSECTIONS.** A la suite d'une discussion sur la résection du genou, M. Volkmann dit que l'on en fait trop, surtout chez les enfants. Elle doit être réservée aux cas où la vie est en péril. C'est un crime, suivant Konig, de la faire au-dessous de quatorze ans. (*Congrès des chir. allemands.*)

**Résection de la tête du fémur.** Elle paraît s'acclimater dans la chirurgie anglaise contre les luxations irréductibles de la hanche. Après Mac Cormac et le docteur Rawdon (de Liverpool) qui l'ont pratiquée dans ces dernières années, un nouvel exemple en est relaté par M. W. Adams chez un garçon de onze ans. Cette luxation était survenue spontanément dans le cours d'une fièvre rhumatismale. Après deux essais de réduction à l'hôpital de Great Northern, il fit une incision en T de deux pouces et demi de long et d'un pouce transversalement sur la tête de l'os, mise ainsi à découvert. Le ligament capsulaire était rompu et embrassait le col du fémur; il put être excisé rapidement. La plaie se ferma sans beaucoup de suppuration et était complètement cicatrisée deux mois après. Six mois plus tard, l'enfant marchait sans béquilles, avec un membre parfaitement solide et exécutant des mouvements dans toutes les directions. (*Royal med. and chir. Soc.*, 28 octobre.)

Cette résection est simple et facile, suivant l'auteur, mais la discussion soulevée par cette présentation a amené de nombreuses objections. Il s'agit donc de comparer ce procédé avec la réduction par l'incision de la capsule pratiquée en France par M. Polaillon. (Voy. LUXATIONS DE LA HANCHE, 1883.)

**Résection du tarse.** Elle est de peu de gravité contre la carie des os, suivant le docteur Conner, de Cincinnati, et moins dangereuse que l'amputation du cou-de-pied ou la désarticulation médio-tarsienne. La récidive en est rare, contrairement à l'opinion admise. Sur 108 opérations de ce genre, il n'a noté qu'une mortalité de 10 0/0 et 3 cas de récidive. 6,32 0/0 des opérés étaient capables de marcher avec une canne ou une béquille et 47 0/0 marchaient et faisaient de longues courses sans douleur. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1883.)

Cette statistique est d'ailleurs confirmée par le succès remarquable du docteur Weiss, signalé l'année dernière. Mais l'ablation de l'astragale suffit aussi parfois dans les ostéo-arthrites fongueuses du cou-de-pied, comme le fait de M. Robert en est la preuve. Il a d'ailleurs montré, par une étude rétrospective et la relation de 14 observations analogues, que les lésions osseuses chroniques ont une grande tendance à se localiser dans cet os dont les anfractuosités sont réfractaires à tout autre moyen. Cette extraction, en facilitant l'exploration des surfaces articulaires, permet d'ailleurs d'y remédier plus sûrement en cas de besoin. C'est donc là un nouveau moyen de conjurer les accidents en conservant le pied. (*Arch. de méd.*, avril et mai.) Voy. TARSOTOMIE.

**Résection du poignet.** 12 nouvelles observations, émanant de la clinique du professeur Ollier, en sont rapportées par son chef de clinique Gangolphe, confirmant les beaux résultats qu'il en a annoncés lui-même par son procédé opératoire. Il s'agissait exclusivement d'ostéo-arthrites fongueuses chez des malades d'âge différent, depuis quatorze jusqu'à soixante-six ans. Tous ont guéri. Il serait superflu de revenir sur les indications et le manuel opératoire déjà indiqués. Ce mémoire, écho affaibli et prolongé de la parole du maître, n'y ajoute aucune autorité par les détails qu'il contient. (*Revue de chir.*, mai et juin.)

**Résection pulmonaire.** Voy. CHIRURGIE DU POUMON.

**Résection costale.** Voy. EMPYÈME, PLEURÉSIE PURULENTE.

**RÉTRÉCISSEMENTS.** *Dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache.* Le cathétérisme de la trompe étant indispensable au diagnostic des rétrécissements de ce conduit, le docteur Ménière regarde comme très utile de le faire immédiatement avec une bougie en gomme, à l'exclusion de tout autre moyen. Une espèce de crin, appelé racine anglaise, placé au centre, les rend résistantes et sans rigidité. Introduite dans le cathéter et poussée jusqu'à l'obstacle, la bougie est laissée en place, en faisant incliner un peu en avant la tête du malade. Cinq à

trente minutes dans cette position suffisent pour que le cathéter faisant levier tombe, en entraînant avec lui la bougie que la trompe dilatée ne retient plus. En recommençant journellement ce procédé, avec augmentation progressive du calibre de la bougie, on arrive bientôt à la guérison du rétrécissement. Il suffit de tremper la bougie dans des solutions médicamenteuses pour que son contact avec la muqueuse de la trompe fournisse un excellent moyen de traitement. (*Acad. de méd.*, 1883.)

*Électrolyse*. Une bougie constituée par un faisceau de fils d'argent très fins sert à cet effet au docteur Garrigou-Désarène. Introduite dans la sonde en place, elle ne peut blesser les parois de la trompe, parce que les fils sont tordus en anse à son extrémité. Un point de repère marque sa pénétration au delà de la sonde. Il suffit ainsi de la pousser et la faire buter contre le rétrécissement pour le passage d'un faible courant de deux à trois éléments. Mise en communication avec une petite olive d'argent, placée dans le conduit auditif, elle agit sur le rétrécissement en en avertissant par la douleur éprouvée. Deux minutes suffisent à l'opération et la bougie très serrée glisse avec facilité entre les parois de la sonde. (*Acad. de méd.*, 11 mars.)

**Rétrécissements de l'œsophage.** Les succès...? obtenus par le professeur Loreta contre ceux du pylore, par la divulsion digitale (Voy. *année* 1883), l'ont incité à modifier le traitement chirurgical si souvent inefficace de ceux-ci. Chez un homme de vingt-quatre ans, réduit au dernier degré de faiblesse par un rétrécissement cicatriciel près de l'orifice cardiaque, il pratique d'abord la gastrotomie le 24 octobre; puis, à travers cette ouverture, un divulseur est introduit dans le rétrécissement qui fut ainsi dilaté graduellement, jusqu'à laisser passer les aliments. Ce procédé de dilatation rétrograde a déjà été employé dans le cathétérisme du canal de l'urèthre. La plaie de l'ouverture de l'estomac guérit par première intention sans signe de péritonite, et l'opéré put avaler assez bien ensuite pour se trouver rétabli en quinze jour, sauf l'emploi ultérieur d'une bougie pour maintenir la dilatation. (*Gazz. med. Lombarda*, novembre 1883.)

*Gastrostomie*. Son exécution en deux temps est de plus

en plus délaissée par les chirurgiens, à cause de l'inconvénient, d'après le professeur Studsgaard, de provoquer la péritonite et de retarder l'alimentation de l'opéré. La difficulté de distinguer la partie de l'estomac à inciser en est un autre. M. Verneuil préfère également la pratiquer en un seul temps.

Exécutée contre un rétrécissement cicatriciel par le professeur Hjfort, elle fut suivie du cathétérisme de l'œsophage par la fistule et le cardia. En attaquant ensuite le rétrécissement par l'électrolyse avec une bougie spéciale, celle-ci le traversa en une heure dans une étendue de 3 centimètres, sans aucun accident consécutif. Une seconde séance, douze jours après, permit à l'opéré d'avaler les aliments solides et liquides ; on put dès lors fermer la fistule. Il faut donc tenter la dilatation consécutivement.

*Variété alcoolique.* Peu connue, elle se présente sous forme de cirrhose des parois de l'œsophage et peut être confondue avec le cancer. La distinction est donc très importante à faire par la moindre gravité de celle-ci. Elle survient vers l'âge de cinquante ans et ne paraît pas très fréquente, M. Verneuil n'en signalant que deux ou trois cas. (*Congrès de Copenhague.*)

**Rétrécissements du nez.** Ils sont, beaucoup plus souvent que l'on ne pense, la cause du catarrhe nasal chronique ou de la rhinite scrofuleuse, sinon de l'enchifrènement constitutionnel, dont les cas ne sont pas rares. Plusieurs en ayant été observés à l'hôpital Saint-Barthélemy par M. Walsham dans le service spécial dont il est chargé, il a constaté qu'une obstruction des narines en était la cause. Outre l'hypertrophie de la muqueuse déterminant cette sténose (Voy. Nez, 1883), la déviation du septum cartilagineux la produit aussi, comme il en rapporte un exemple chez une fille de quinze ans. La dilatation d'un côté suppose ordinairement une sténose de l'autre.

*L'hypertrophie des os du nez* en est aussi une cause assez commune, puisque sur les 140 crânes de la collection de Hyrtl, cette hypertrophie se rencontre sur 11. Elle coïncide d'ailleurs avec la déviation du septum ou la produit, facile

à constater par le cathétérisme. Il y a donc lieu de porter son attention sur ces altérations locales dans les maladies rebelles du nez. (*Lancet*, 29 décembre 1883.)

**Rétrécissements de l'urèthre.** *Uréthrotomie interne.* La mort par septicémie survenue le sixième jour de cette opération, chez un garçon de vingt-trois ans, bien portant en apparence, quoique atteint depuis deux ans d'un rétrécissement infranchissable à 5 pouces du méat, opéré par le docteur Gay à *City hospital* le 19 octobre 1883, est de nature à la discréditer aux États-Unis, comme elle l'est déjà en Europe. Malgré les lésions d'une cystite ancienne trouvées à l'autopsie et une pyélo-néphrite avec inflammation diphthéritique de la plaie, pour expliquer la mort, des objections très sérieuses ont été faites au défaut d'une sonde mise à demeure et à la préférence à accorder à l'uréthrotomie externe qui menace rarement la vie des opérés. C'est une sévère leçon pour n'y pas recourir aussi légèrement, sans interroger préalablement l'état de la vessie et des reins. (*Suffolk med. Soc.* et *Boston journ.*, n° 1.)

*Contre les rétrécissements de la portion membraneuse*, Otis ne pratique jamais l'uréthrotomie avec de gros uréthrotomes dans cette région. Une dilatation lente et graduée suffit toujours. Après avoir incisé plusieurs rétrécissements gonorrhéiques en avant de cette région avec le n° 34, il ne put franchir la portion membraneuse ni arriver dans la vessie. La guérison de l'uréthrotomie opérée, il passa le n° 12 et alla jusqu'au n° 18 de la filière française en deux séances.

Quand ces rétrécissements membraneux ne peuvent être guéris par la dilatation, l'incision périnéale est l'unique recours, en rendant préalablement l'urine alcaline par l'injection d'une solution de potasse. Sauf l'urgence, il ne faut pas opérer tant que l'inflammation persiste. (*Med. Society d'Essex*, 23 janvier.)

*Cathétérisme rétrograde.* Il est pratiqué avec succès par le professeur E. Bœckel, de Strasbourg, à l'aide de la taille sus-pubienne. (Voy. *ce mot.*)

*Massage.* Il est employé par le professeur Autal contre

les rétrécissements calleux, sous forme de frictions à l'extérieur, contrairement à la méthode de Bardinet qui l'appliquait à l'intérieur avec son instrument particulier. (Voy. *année* 1874.) Une séance de huit à dix minutes tous les jours suffit à obtenir la résolution du callus, comme six observations en témoignent. Voici les deux premières.

A 6 centimètres du méat, un rétrécissement imperméable est produit par un callus annulaire de 2 centimètres de large. Le malade urine goutte à goutte, sans aucun effet des applications émollientes. Avant l'uréthrotomie, on essaye le massage et, après 3 séances, une sonde fine pénètre; sept jours ensuite, le callus avait disparu.

Au-dessus d'une fistule périnéale, l'urèthre est entouré d'un tissu calleux sur 12 centimètres de long. Cinq jours de massage suffisent à faire pénétrer une sonde métallique, puis des sondes anglaises graduées, et, en quinze jours, la fistule était fermée et le callus réduit à quelques traces. Il en fut de même dans les autres cas. (*Centralbl. fur die Gesam. therap.*, juillet.)

**Rétrécissements du rectum.** *Proctotomie.* Dans les cas exigeant la rectotomie linéaire, le docteur Robert Weir, afin de prévenir la division ordinaire du sphincter, hâter la guérison du malade et diminuer la douleur de la convalescence, propose la modification suivante : Dilater complètement le sphincter, diviser les tissus rétrécis postérieurement et, afin d'empêcher la formation d'un clapier, établir une fistule artificielle complète en poussant le bistouri au delà du sphincter dans la plaie. Un gros drain est passé ensuite dans ce trajet. Cette opération a été exécutée une fois avec succès. (*New-York med. journ.*, décembre 1883.)

**RHUMATISME.** Il ne faut pas confondre avec le rhumatisme articulaire aigu, même chez les sujets qui en ont été précédemment atteints, les manifestations vagues et complexes du pseudo-rhumatisme infectieux. (Voy. *année* 1883.) Schreider en signale ainsi par erreur six exemples où des accidents cérébraux, des éruptions diverses et généralisées, de véritables pyoémies, l'état typhoïde, l'albuminurie, les épistaxis et l'inutilité du salicylate de soude devaient mettre à l'abri de cette méprise. C'est à ces signes géné-

raux que la distinction doit se faire. (*Archiv. de méd.*, mai.)

*Fièvre rhumatismale infantile.* La chorée et la péricardite chez l'enfant, admises comme de nature rhumatismale, même sans arthrite, forment une antinomie contre laquelle n'ont cessé de protester les observateurs rigoureux exempts d'esprit systématique. Admettre le rhumatisme latent chez l'enfant, alors qu'il est une exception apparente, pour servir à expliquer la chorée spéciale à cet âge, est une contradiction choquante. C'est localiser systématiquement une névrose sans siège fixe, contrairement à l'observation clinique.

Une période fébrile, sans localisation appréciable durant des jours et des semaines, précédant la péricardite ou l'endocardite, la chorée, la pleurésie chez l'enfant, est, suivant le docteur Leroy, de Lille, la manifestation explicative et prodromique ou prémonitoire de ces localisations organiques. 5 observations cliniques détaillées, dont 3 personnelles et 2 empruntées à des cliniciens éminents, en sont des preuves irréfutables. L'absence absolue d'arthrite, dans ces 5 cas, rétablit la fièvre rhumatismale en entité pathologique comme chez les anciens, car les altérations locales ne se montrant que longtemps après, elles ne peuvent lui être attribuées comme cause. Les localisateurs absolus ont ainsi commis la même faute à cet égard que les généralisateurs à outrance qu'ils devaient réformer. Après avoir localisé la maladie dans l'organe, on en est venu à la placer dans la cellule, le globule, le microbe ou la granulation. De là l'excès. La vérité est entre ces deux extrêmes. (*Bull. méd. du Nord*, n^os^ 5 et 6.)

*Effets du surmenage.* Après plusieurs auteurs classiques indiquant l'influence morbide d'un excès de fatigue musculaire chez les rhumatisants (Voy. *année* 1883), le docteur A. Mathieu relate 5 observations recueillies à l'Hôtel-Dieu pour fixer l'attention à ce sujet. Ces effets pathologiques se distinguent sous deux formes, bien qu'une douleur épigastrique avec ou sans vomissements et points douloureux sur la colonne vertébrale leur soient communs.

Chez les rhumatisants, il y a fièvre légère avec sudation marquée surtout aux membres inférieurs ; gonflement des

articulations, le genou en particulier d'un seul côté ou des deux, tandis que les articulations tibio-tarsiennes sont ordinairement prises symétriquement. C'est le rhumatisme des sergents de ville, d'après Lasègue, qui le doivent à leur longue station debout, exposés au froid et à l'humidité.

Des points douloureux s'observent aussi au niveau des ligaments 'articulaires. Au talon, cette douleur siège à la partie moyenne et à la plante du pied, un peu en dehors de la saillie formée par l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et à la partie antérieure de la concavité du pied.

Ceux atteints de sciatique sentent bientôt leurs douleurs augmenter, surtout dans le trajet crural du sciatique, par la douleur si atroce de la hanche qui les fait porter leur main en travers sur la fesse pour se soutenir. Les deux côtés sont simultanément atteints parfois et il en résulte une espèce de lumbago. Le genou se gonfle et devient douloureux. Le ligament rotulien est très sensible et très douloureux à la pression, de même que les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. Des crampes atroces en résultent dans la marche, et, à défaut de canne, entraîneraient la chute. Les points douloureux plantaires, le calcanéum comme ceux de la partie antérieure de l'excavation plantaire, existent d'ailleurs plus intenses que dans la forme précédente. Avis donc à ces malades de ne pas trop fatiguer leurs membres pour ne pas devenir impotents.

Le repos et quelques doses de salicylate de soude obtiennent en général facilement raison de ces rechutes causées par la fatigue. (*Arch. de méd.*, juillet.)

*Déformation des pieds.* L'arthrite des membres, surtout dans le rhumatisme blennorrhagique, expose les malades à les déformations consécutives assez fréquentes. Elles siègent aux pieds avec des caractères spéciaux qui les ont fait attribuer à d'autres causes en se montrant séparément après la disparition du rhumatisme. Leur connexion avec celui-ci a été rendue évidente chez un rhumatisant du professeur Potain, entré à la clinique pour des douleurs musculaires vives dans la région dorsale, aux insertions du trapèze et du rhomboïde gauches, spécialement surmenés par la profession du malade. Il existait aussi un gonflement de

la face dorsale de la main, empâtée et violacée comme dans les synovites tendineuses, avec douleur à la pression sur les gaines des fléchisseurs et des extenseurs. Tous ces accidents, augmentés d'une douleur spéciale de la région cardiaque, dont le siège réel était comme d'habitude dans l'intestin, en attestaient l'origine rhumatismale commune avec celle de la déformation du pied.

Elle consiste en une flexion forcée des orteils formant la griffe du pied creux de Duchenne. La première phalange est renversée dans l'extension et la seconde en flexion forcée par le défaut de tonicité des interosseux. Antagonistes des extenseurs, ils n'en contrebalancent plus l'action et il suffit de les faradiser, comme Duchenne, pour que cette déformation cesse.

Autrement, une gêne assez considérable de la marche en résulte, les orteils n'appuyant sur le sol que par leur extrémité. Des durillons se forment sur la tête des métatarsiens et à la face supérieure des orteils par le frottement de la chaussure. Tous les orteils et surtout le premier sont déjetés en dehors et tendent en quelque sorte à monter les uns sur les autres, comme chez le malade en question. La tête du premier métatarsien paraît faire ainsi une très forte saillie en dedans, d'où résulte souvent l'épaississement et l'inflammation de la bourse séreuse formant la lésion connue sous le nom d'oignon.

Cette déformation, désignée depuis longtemps comme caractéristique de l'arthritisme, est un signe ou plutôt un effet du rhumatisme. Elle est due à la paralysie des muscles lombricaux et n'apparaît souvent que longtemps après elle. Il suffit de faradiser ces muscles au début pour la prévenir. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, juin.)

**RUPTURES.** Un nouveau traitement chirurgical s'impose aujourd'hui contre la rupture des organes creux: la vessie et l'utérus notamment. C'est l'ouverture de l'abdomen pour y remédier à ciel ouvert par la suture des lèvres de la rupture. De là la cystotomie latérale contre les ruptures de la vessie. Voy. Cystotomie.

**Ruptures de l'utérus.** A propos d'un nouveau cas fatal, arrivé chez une tripare à Aberdeen au mois de janvier der-

nier, M. Booth, en rendant compte de ce drame tocologique, montre sa rareté relative dans l'accouchement, d'après les statistiques suivantes :

Bandl, de Vienne, en produit en 1875..... 32 cas.
Trask, un peu plus tard, en fournit..... 417 —
Amès, de Philadelphie, en 1881, en rapporte. 98 —

Soit un total de 548 cas. Sur le nombre des accouchements à Philadelphie, la proportion de cet accident formidable serait excessivement rare : soit 1 sur 4,883 accouchements. Les causes, par ordre de fréquence, seraient un bassin difforme et spécialement dans sa diminution du diamètre antéro-postérieur, les maladies ou altérations du tissu utérin, les positions anormales du fœtus, l'ergot et le traumatisme.

Les symptômes de cet accident sont aisément reconnus, toujours perceptibles et généralement très graves. Le pronostic n'en est cependant pas toujours fatal, car il y a eu une guérison sur trois ruptures. Le plus grand nombre a lieu dans le troisième et le quatrième accouchement, entre vingt-cinq à trente ans. La gastrotomie est le meilleur mode de délivrance, quand le fœtus est passé dans la cavité abdominale. (*Lancet*, 21 juin.)

Un cas en a été observé par le docteur Bar, à l'hôpital Beaujon, chez une secondipare enceinte de huit mois. Une violente douleur dans l'abdomen fut ressentie le 22 février et quatre jours après seulement, cette femme se présente à l'examen. Sous l'anesthésie, la main constate un utérus bifide et pénètre entre les deux dans la cavité péritonéale où le fœtus est haut placé. L'enfant est amené assez facilement au dehors et, après une délivrance aisée, un lavage péritonéal est fait avec une solution phéniquée, glace sur le ventre ensuite et 7 à 8 injections intra-utérines par jour avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

La mort, arrivée le huitième jour, permet de constater une bifidité du corps seul de l'utérus avec col unique. La rupture existait au niveau de l'éperon, réunissant les deux cornes, dont une bride fibreuse antéro-postérieure, s'étendant du rectum à la vessie, semblait avoir empêché la réunion. Cette bride, déjà signalée, paraît être une conséquence de la bifidité et jouer une gravité particulière dans cette rupture. (*Ann. de gynécolog.*, juin.)

*Absence de drainage.* Comme dans le cas précédent, Kroner préconise l'antisepsie utérine et vaginale, à l'exclusion du drainage, et à l'occasion d'un succès personnel, il a pu en collecter jusqu'à 47. Dans 19 où le péritoine était rompu, il y eut 8 guérisons; dans 10 où il était intact, il y en eut 5, et 9 dans 18 cas où l'état du péritoine était resté douteux. En tout 25 morts et 22 guérisons; 8 entre autres où la rupture était complète avec passage partiel ou total du fœtus dans le péritoine; il y avait même procidence de l'intestin dans l'un de ces cas.

Quoique les résultats comparatifs avec le drainage ne soient pas donnés, il est permis de s'en passer d'ores et déjà, excepté dans les cas de bifidité comme le précédent où une sonde introduite du côté malade aurait chance de mieux l'irriguer. Il suffit, après un lavage immédiat très complet, d'entourer l'abdomen d'un bandage compressif assez serré, en donnant à la malade une position intermédiaire entre le décubitus dorsal et la position assise. (*Centralbl. fur gynæk.*, juin.)

**Ruptures de l'urèthre.** *Incision d'emblée.* Ouvrir le périnée aussitôt l'accident est le meilleur moyen d'assurer la déplétion de la vessie et prévenir l'infiltration urineuse. Telle est la règle des chirurgiens français, depuis que le professeur Guyon en a montré les avantages en 1876. Tôt ou tard, il faut ouvrir le foyer traumatique et le plus tôt est le meilleur. Trois fois, M. Berger ayant eu à intervenir a pratiqué immédiatement la boutonnière périnéale et s'en est bien trouvé. Le bout postérieur de l'urèthre se reconnaît facilement au milieu du foyer, à l'aspect particulier de la muqueuse, en ne cherchant pas trop profondément.

Ces règles ont été rappelées à propos d'un homme de quarante-deux ans, pris d'uréthrorrhagie après une chute sur le périnée avec gonflement local et rétention complète d'urine. Entré à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès quatorze heures après l'accident, il fut simplement soumis à la ponction hypogastrique par M. Barthélemy. L'uréthrotomie externe, pratiquée le cinquième jour, découvre un clapier rempli de sang, de pus et de tissu sphacélé. Malgré l'introduction d'une sonde à demeure, l'infiltration d'urine progresse et détermine la mort après cinq à six semaines.

Si la ponction hypogastrique préalable est sans danger, il n'est pas démontré que la déplétion de la vessie facilite la reconnaissance du bout postérieur du canal. Le docteur Marchand admet le contraire. L'incision périnéale d'emblée est d'autant plus prescrite que l'on y recourt pour les ruptures de la vessie et celles de l'utérus. (*Soc. de chir.*, 19 novembre.)

# S

**SANG.** *Accumulation des sels de potasse dans le sérum.* La rétention de l'urée dans le sang ne donnant pas lieu aux accidents urémiques chez le chien, d'après les expériences de Feltz et Ritter, tandis que l'injection des combinaisons du potassium détermine des convulsions et la mort de ces animaux (Voy. URÉMIE, 1881), le docteur A. d'Espine, de Genève, a vérifié cliniquement ces résultats. Des attaques d'éclampsie ayant éclaté dans la convalescence d'une scarlatine chez une fille de dix-neuf ans, et au neuvième mois de la grossesse d'une primipare de vingt-cinq, il a pratiqué une saignée qui a rapidement arrêté les accidents. Or, l'analyse du sang a constaté dans les deux cas un excès considérable du $K^2O$ dans le sérum, tandis que le K du caillot était resté le même qu'à l'état normal. Ce qui indiquerait que le passage des sels de potasse dans le sang, en augmentant la tension artérielle, déterminerait les convulsions éclamptiques. (*Revue de méd.*, septembre.)

La saignée agirait donc en diminuant l'agent toxique et la pression qu'il détermine; mais ces deux faits sont insuffisants à cette démonstration. Ils peuvent seulement être le point de départ de nouvelles analyses dans les hôpitaux.

*Examen du sang vivant.* Après les diverses tentatives faites à ce sujet par Vierordt, en particulier, le docteur Hénocque a reconnu que la surface unguéale du pouce est l'endroit le plus favorable à cet examen. Après avoir ob-

servé la largeur de la première bande caractéristique de l'oxyhémoglobine avec un spectroscope à vision directe et à la lumière solaire diffuse, il pratique la ligature du pouce avec un tube de caoutchouc plusieurs fois roulé. Alors on voit disparaître la bande et en quarante à cent secondes le spectre réapparaît ininterrompu ; l'oxyhémoglobine des vaisseaux sous-unguéaux est réduite et l'oxygène a été consommé. Mais en poursuivant cet examen chez 100 individus d'âge, de sexe et de conditions variables de santé, il s'est assuré que la durée de cette réduction variait considérablement. (*Soc. de biologie*, décembre.)

*Action physiologique de la kairine*. Les propriétés antithermiques de ce nouvel agent, constatées l'année dernière en Allemagne contre les maladies aiguës, ne pouvaient manquer de fixer l'attention. Il s'agissait d'en connaître le mode d'action. La cyanose très prononcée de la langue et des lèvres, la dilatation des vaisseaux et leur teinte violacée chez le chien auquel on injecte ce médicament, son asphyxie et sa mort montrant les poumons ratatinés et bleuâtres, la rate cyanosée, le sang d'un brun verdâtre et très coagulable, indiquèrent bientôt à MM. Brouardel et Loye qu'il fallait surtout rechercher cette action dans le sang.

Les expériences faites au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, par l'injection d'un gramme et demi de kairine à un chien de dix kilogrammes, ont montré aussitôt une diminution considérable de l'oxygène et de l'acide carbonique du sang, aussi constatée par M. Quinquaud. La capacité respiratoire de 277 $^{cc}$, 8 d'oxygène pour 100 tombait à 4 $^{cc}$,4 après un quart d'heure par l'introduction dans l'éprouvette de 3 décigrammes de kairine. Le sang était devenu aussitôt d'un noir verdâtre à ce contact.

Dans la même quantité de sang de cheval, le mélange d'un peu de kairine a aussitôt réduit la quantité d'oxygène de 7$^{cc}$,8 à 3$^{cc}$,6.

L'oxyhémoglobine du globule sanguin est donc atteinte, détruite par cet agent, comme l'analyse spectroscopique le démontre par la disparition graduelle des deux raies au contact de la kairine cristallisée, à mesure qu'elle se dissout dans la cuve pleine d'eau avec une seule goutte du sang artériel.

De là les symptômes observés par les cliniciens qui ont administré ce nouveau médicament : abaissement de la température, diminution de l'urée, hématurie, cyanose des lèvres, affaiblissement de la respiration et de la circulation, parésie, diminution de la sensibilité, etc. Tous ces caractères sont expliqués par la destruction de l'oxyhémoglobine du sang.

Ces résultats ne doivent donc pas encourager les médecins d'outre-Rhin à administrer la kairine dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, la fièvre catarrhale, la scarlatine, l'érysipèle, la phtisie, la fièvre intermittente, etc. Il semble, en effet, que, dans toutes ces maladies, il y a une contre-indication absolue à l'ingestion de ce médicament. (*Soc. de biologie*, 4 mai.)

*Hématologie clinique*. Inventaire concis de toutes les données acquises depuis une dizaine d'années sur le sang et ses éléments histologiques, dressé par deux jeunes élèves : Gilbert et Lion. Après la technique opératoire pour son examen et les caractères qui se distinguent aux divers âges et les différentes conditions de la vie chez les deux sexes, ils indiquent ses modifications anatomiques dans les maladies aiguës, à la suite des des hémorrhagies, dans l'anémie et la chlorose, les affections chroniques et les cachexies. L'école française tient naturellement la première place et la plus grande dans cette bibliographie contenant soixante-cinq ouvrages dont MM. Hayem et Malassez sont les principaux auteurs. Une dizaine à peine appartiennent aux étrangers; c'est assez dire qu'elle est incomplète. (*Arch. de méd.*, novembre et décembre.)

*Absorption par le péritoine*. Voy. TRANSFUSION.

**SCIATIQUE**. Ce terme générique, donné aux manifestations si diverses et variées de cette atroce névralgie, n'indique pas que le tronc seul du nerf de ce nom soit atteint à l'exclusion de tout autre, dit le docteur Spender, médecin de l'hôpital des sources minérales de Bath, spécialement employées contre cette maladie; il s'applique bien plus exactement à la condition *dysesthétique* de l'appareil nerveux des membres inférieurs. Il comprend, en effet, toutes

les douleurs diffusées sur un certain territoire nerveux, maintenant ici, demain là; parfois condensées dans un petit segment de tubules du nerf et s'étendant largement d'autres fois à toutes ses relations de contiguïté et de sympathie. La sciatique est une pièce complexe de pathologie, parce que le nerf même est complexe dans son anatomie et sa physiologie. Au lieu d'un tronc unique, émanant directement d'un centre nerveux et se divisant régulièrement en branches motrices et sensitives suivant la règle, ce gros nerf a une origine composée de plusieurs racines formées de tubes ayant des fonctions différentes. En se réunissant et en s'anastomosant ensemble et avec d'autres nerfs, ces branches forment ainsi, par les relations anatomiques du sciatique avec les principaux muscles, l'innervation la plus compliquée.

Six paires de nerfs lombo-sacrés contribuent en effet directement à la formation du sciatique. La cinquième lombaire et les trois premières sacrées se réunissent ensuite en plexus unique pour en former le tronc. Mais à ce plexus se rattachent aussi des branches de la quatrième lombaire en haut et de la quatrième sacrée en bas. Du plexus ainsi formé partent deux cordons distincts, appelés grand et petit sciatique, qui se distribuent séparément : le premier et le plus gros descendant le long de la partie postérieure de la cuisse, pour se diviser au niveau du genou en deux branches, dont l'une s'enfonce profondément pour innerver les muscles de la partie interne et postérieure de la jambe et du pied, tandis que l'autre se distribue superficiellement à la partie externe ou péronière de la jambe et la surface dorsale du pied et des orteils.

Ce nerf est ainsi un magasin de force nerveuse surtout ganglionnaire dans sa sensibilité aiguë et ses énergies motrices. Rien d'analogue n'existe aux membres supérieurs. La fonction massive des membres inférieurs pour soutenir le corps et exécuter la locomotion en est donc la clef physiologique. Sa direction superficielle l'expose surtout au traumatisme. Il peut être piqué, lacéré, serré, comprimé et divisé du dehors, sinon tiraillé, rompu même par les puissants et gros muscles qu'il innerve. Il est aussi modifié dans ses propriétés physiologiques et ses phénomènes morbides. Aussi la douleur en est fréquente, la faiblesse com-

mune et les changements trophiques peu rares, en se manifestant à tous les degrés. Dans la très grande majorité des cas, la sciatique exprime douleur ou faiblesse et parfois toutes les deux à la fois, l'une précédant l'autre et la dominant; mais elles sont rarement inséparables. Une loi de la physiologie pathologique des nerfs composés superficiels est de troubler simultanément leurs principales fonctions dès qu'ils sont malades. Si la sciatique est une névralgie spéciale, d'après le sens ordinaire du mot, elle est bien plus en réalité, c'est-à-dire une lésion du mouvement et du sentiment. Autrement, elle n'exprime qu'une demi-vérité et la thérapeutique reste ainsi incomplète et vaine.

Ces premiers éléments d'une maladie très commune prouvent bien les difficultés d'un diagnostic rapide et positif, rendues évidentes par les doutes émis récemment à ce sujet par deux éminents médecins anglais. M. J. Hutchinson a dit que, dix-neuf fois sur vingt, la sciatique est simulée par des lésions articulaires de la hanche. (Voy. *année* 1882.) Pour le docteur Buzzard, l'illusion est dans les muscles. Une myalgie résultant de la suractivité des fléchisseurs, le rhumatisme musculaire ou la subinflammation du tissu intermusculaire les unissant ensemble ou les empêchant de glisser l'un sur l'autre, en est tout le secret dans la plupart des cas. On ne peut donc s'étonner que des anciens, dans une sorte de désespoir scientifique, aient confondu toutes ces douleurs sous le nom de mal de la hanche, *hip-ache*, en ne pouvant en fixer le siège, ni en préciser la cause. Ce diagnostic est en vérité entouré de tant de pièges superficiels et profonds surtout, qu'un soin particulier est nécessaire pour n'y pas tomber, car, une fois dedans, il est difficile d'en sortir. Il est plus sûr à cet effet de considérer tous les cas comme douteux, que de les accepter d'emblée, et de n'agir qu'après une observation indépendante et minutieuse. Si, dans toute névralgie obscure de la hanche ou de la cuisse, on a des idées assez étroites pour s'arrêter immédiatement à celle d'une sciatique comme la solution la plus vraisemblable, on peut tomber juste, mais on court bien plus de risques d'être dans l'erreur.

Sans prétendre en énumérer tous les dangers, il suffira d'indiquer les plus communs et ordinaires. Voyez un malade, dans quelque position sociale soit-il, ayant une sciatique

avérée et demandez-lui de fixer le siège exact et la direction de son mal et il dirigera ordinairement sa main sur une large surface en arrière et en avant du membre et du haut en bas, en la posant ici et là le long d'une ligne allant de l'épine lombaire jusqu'aux extrémités des orteils. Quelques rares malades indiquent invariablement le tracé du grand sciatique en disant que là et là seulement est la douleur. Généralement, le membre est plus ou moins entouré, cerclé d'une douleur se réfléchissant derrière la cuisse par des filets cutanés du petit sciatique et des branches communicantes de l'obturateur et du crural antérieur. Il n'est pas rare que des pointes névralgiques dardent le long du nerf pudique jusqu'au périnée et au scrotum, en étant perçues très douloureusement parfois dans le genou par des filets provenant du poplité externe. Il s'y joint même souvent une complication lombo-sacrée assez embarrassante, produite par la distribution cutanée de ces nerfs. D'où le proverbe que la sciatique commence par le lumbago ou lui est associée. Un lumbago unilatéral est le présage d'une sciatique présente ou à venir. Des malades se plaignent surtout de douleurs de la hanche et placent leur main transversalement sur la fesse, en disant que le principal siège de leur maladie est là. Il n'est pas rare que des engourdissements ou fourmillements douloureux existent le long des muscles *glutéens*, augmentant par la marche ou tout autre mouvement, sans aucune douleur le long de la plus grande partie du sciatique derrière la cuisse, mais une extrême sensibilité autour de la jambe avec fourmillements et élancements, sinon picotements des orteils. Des troubles thermiques s'observent ici et là sur la peau, le refroidissement alternant avec des poussées de chaleur. L'anesthésie a été signalée il y a longtemps par le docteur Anstie comme une complication fréquente, l'engourdissement de la peau précédant le premier accès et durant dans les intervalles des suivants. Elle se transforme bientôt en une hyperesthésie diffuse autour des foyers douloureux, mais avec une diminution constante de la sensibilité tactile.

Ces points douloureux, caractéristiques des principales formes de la névralgie, ont été indiqués par Valleix, le premier. Il suffit de presser sur l'un des sept qu'il signale pour établir le diagnostic. Celui de la tête du péroné en

ıs sûr, en s'étendant comme une sensation de brû-
lessus de la malléole externe et sur le pied. Dans
la douleur de la hanche et de la cuisse est pré-
te et se manifeste par une sensibilité exquise des
gles. Mais il est impossible de fixer toutes les
ıberrantes de cette névralgie, variant d'un jour à
uivant le temps, les vêtements, la santé générale
ıutres causes triviales, comme de marcher ou de
ʼr debout.

observer ensuite les mouvements : savoir comment
e épargne les muscles dont l'exercice est doulou-
ıdier la proportion de la douleur et de la quasi-
, presque toujours concomittante, et distinguer le
ıt convenable à chaque cas. Le repos prolongé ou
re amènent l'atrophie musculaire, la faiblesse
ux mouvements ensuite, toujours difficiles à in-
et souvent même énigmatiques. Le pied est in-
éversé et soit qu'il frappe le sol avec une allure
ou un flopp soudain, signe de l'atonicité des
antérieurs de la jambe, il faut examiner la capacité
ɔir de l'extension et la flexion des articulations.
ıdies de l'articulation coxo-fémorale doivent ainsi
ʼrminées, sans oublier l'ataxie locomotrice ni sa
e troubles nerveux, les ganglions engorgés, les
ernies, les coups, les chutes du passé, etc. Chez la
il faut s'assurer de l'état de l'utérus et s'enquérir
ıception ou des fraudes onanistiques, une fausse
u un accouchement n'ont pas précédé ou suivi la

l'anatomie vient l'étiologie du mal. La goutte, le
ɜme et la syphilis peuvent affecter le névrilème,
, le périoste et la hanche même. D'après l'ordre
abilités ordinaires, l'ostéo-arthrite graduelle de la
ɜt l'arthrite rhumatismale des vieillards viennent
ière ligne. Une douce rotation du membre n'est
ı à négliger. La malaria peut agir dans certains
urs; l'anémie simple jouait le principal rôle chez
ɜ homme observé l'hiver dernier. La néphralgie
lculs sont à signaler. Quand la santé baisse concur-
; avec une douleur bilatérale croissante et continue
ıbres inférieurs, il y a lieu de rechercher une né-

vrite locale ou une dyscrasie constitutionnelle. Les plus graves méprises sont faites en pareil cas. Les fonctions des organes pelviens sont surtout à examiner. Un déplacement de l'utérus en arrière, le poids d'un fibrome, l'accumulation rectale de scybales, ou la présence d'un cancer sur les parois internes du bassin, ont été les seules causes appréciables des plus violentes douleurs sciatiques qui peuvent être suspectées. Bien plus, la sciatique bilatérale, surtout dans les cuisses, à défaut d'autre cause, doit suggérer l'idée d'une myélite de la partie inférieure de la moelle épinière consécutive à une affection chronique ou à une ancienne blessure locale. Celle-ci résultant d'une chute peut être, longtemps après, l'origine d'une sciatique violente et incurable. En 1880, un gentleman d'âge moyen était adressé par le docteur Miller Ord pour une sciatique chronique des deux côtés ayant cette origine, et dernièrement le docteur Fletcher recommandait une dame ayant reçu un violent coup sur la partie inférieure de l'épine quelques années avant. Elle était atteinte d'une sciatique atroce, surtout du côté droit, produite par une commotion de la moelle.

La thérapeutique est trop vaste et compliquée pour être résumée ni analysée, ce serait en montrer une fois de plus l'incertitude, le hasard. Il y a ici plus d'empirisme que de science et, à défaut de celle-ci pour guider sûrement le médecin, il vaut mieux recourir à l'autre que de rien faire en présence des douleurs atroces, insupportables. Le sulfate de quinine n'ayant pas la même action spécifique que sur la névralgie sus-orbitaire, il faut remplir toutes les indications rationnelles. Devant une sciatique simple, sans complications, supposez qu'elle est produite par un trouble moléculaire ou dynamique des nerfs, et vous avez l'iodure de potassium et la quinine à donner à hautes doses, l'huile de croton avec la coloquinte et même quelques lavements pour agir sur l'intestin embarrassé ou paresseux; la térébenthine en plus ou moins grande quantité a ses chances, et tous les narcotiques ont été employés contre la douleur, soit à l'intérieur, en frictions ou en injections hypodermiques. L'éther sulfurique et l'eau chaude ont eu ainsi des succès. Une solution d'acide osmique à 1 p. 100, employée par M. Merces sur six malades à l'hôpital de Bath, a

un soulagement très marqué, mais temporaire.
es applications externes comptent quelques bons
, jusqu'aux ventouses sèches et aux vésicatoires.
ıcture a été employée et l'idée même a été donnée
ılheureux désespérés de recourir à l'élongation du
sait avec quels résultats. Ce n'a été qu'un peu de
nent sans espoir de guérison.
ourez jamais à aucune opération chirurgicale sans
ıalablement essayé les trois ordres de moyens sui-
après l'époque et le caractère du mal. Au début
ıiatique aiguë, ne faites rien sans la résolution
ısqu'au bout pour en combattre les symptômes.
ıs complet sur le côté sain, un régime lacté et
est la première condition, en donnant toutes les
uatre heures pendant quelques jours un gramme
late de soude et un peu d'iodure de potassium
ıment dilués dans de l'eau de Vichy ou de Pougues.
l, essayez l'électricité en appliquant le pôle positif
e l'épine ou sur la hanche et le négatif sur le pied,
ınt descendre le courant le long du membre ma-
ıs changer les réophores pendant un quart d'heure
selon la méthode du docteur Wilks. En cas d'in-
ecourez aux bains d'eau chaude, ceux des sources
s naturelles sont les meilleurs, dès qu'il n'y a aucun
de lésion organique. Ceux de Bath sont naturel-
ecommandés, comme on peut le faire en France de
ix. Seulement il n'y faut pas recourir trop tard. Ils
remplacer avantageusement bien des drogues et
nes. L'alcalinité est pourtant leur vertu thérapeu-
entielle. Des courants électriques sont parfois dé-
par le gaz nitrogène et la douche peut jouer son
le membre malade pendant l'immersion. Il est
rotté avec la brosse ou le gant et même massé.
ıup de malades jeunes et vieux sont ainsi guéris
atique et recouvrent une santé relative. Il reste
un résidu de cette névralgie comme des autres qui
à négliger. C'est souvent un signe de vieillesse
ée. L'usage du fer, de l'huile de foie de morue et
ents gras, pour entretenir l'intégrité du tissu ner-
ı vigueur corporelle, est alors indiqué. Le vêtement
une matière d'hygiène personnelle d'une grande

importance. La peau de chamois ne doit pas être négligée en hiver et la laine en été. Si des troubles vaso-moteurs du membre comme l'érysipèle et l'œdème se manifestent, un bandage ou un bas élastique est utile, en prévenant par sa compression uniforme les spasmes musculaires et en soutenant la circulation. (*Lancet*, 21 juin.)

Lu à la dernière session de l'Association médicale britannique, ce travail, quoique long et minutieux suivant la forme anglaise, est une épreuve clinique si exacte et fidèle de la sciatique dans ses moindres détails, que nous n'avons pu résister au désir de le traduire. C'est un tableau pris sur le vif, comme nous avons pu le vérifier d'après notre expérience personnelle, avec tant d'autres victimes. Si les positivistes n'y trouvent pas leur compte, les praticiens y rencontreront de précieux renseignements pour eux et leurs malades.

Le docteur Dumolard en fait à tort une paraplégie douloureuse aiguë qu'il ne sait comment expliquer, ainsi qu'on peut le voir à ce mot.

*Signe pathognomonique.* Ce serait, d'après le docteur de Beurmann, la douleur très vive du sciatique le long de son trajet et surtout au niveau de la fesse au point correspondant à l'échancrure, par la flexion manuelle et forcée de la cuisse sur le bassin en laissant la jambe libre. En pliant celle-ci sur la cuisse, au contraire, cette flexion n'est pas douloureuse, même en la portant assez loin pour que la cuisse fasse angle aigu avec le bassin.

Cette différence tiendrait à la tension fixe du sciatique en haut, démontrée par l'expérience suivante sur le cadavre. Le tronc du sciatique étant découvert par une incision entre le biceps et le demi-tendineux, un segment en est réséqué et remplacé par un tube de caoutchouc résistant de même longueur, fixé par deux pinces serrées et placées perpendiculairement. Or en fléchissant alors la cuisse sur le bassin, on voit que l'écartement des pinces, déterminé par l'élasticité du caoutchouc, est beaucoup plus considérable par l'extension complète de la jambe que par sa flexion. C'est donc la preuve qu'une traction se produit sur le sciatique, et comme la translation des deux pinces s'opère vers la partie inférieure de la cuisse par une sorte de glissement

ı nerf dans sa gaine, on doit conclure que le point fixe se ouve en haut, au siège même de la douleur. (*France méd.*) Ce signe positif et distinctif de la sciatique peut bien ıister dans les cas types, comme la station à croupeton, ; servir à la distinguer des douleurs névralgiques voisines ı produites par une affection du fémur ou une coxalgie. ais il n'est pas constant sur les malades. La sciatique est ıultiforme et la douleur varie sur tout le trajet du nerf et ;t parfois localisée au talon. La cuisse peut alors être liée sur le bassin sans la déterminer, comme nous en avons ıit l'épreuve. Ce signe serait plutôt une indication de évrite que de névralgie. La sciatique rhumatismale et la :iatique syphilitique peuvent ne pas le présenter. Il n'est onc pas pathognomonique.

*Congélation.* A la révulsion par le fer et le feu, sinon les ésicatoires, le docteur Debove a substitué la pulvérisation u chlorure de méthyle qui donne un froid de 23° au des- ɔus de zéro. Renfermé dans un siphon muni d'un tube en lomb avec un petit orifice, le liquide est projeté en pluie t avec force sur toute la surface douloureuse. Un froid ıtense avec picotements en résulte sur la peau irriguée, ıais l'instantanéité du jet permet de le supporter facile- ıent, encore mieux que l'odeur pénétrante exhalée par ɜ liquide. Immédiatement, la peau blanchit, se congèle ; devient dure comme la pierre; mais sans que la sen- ıtion de brûlure pénible en résultant soit comparable à . cautérisation ignée. La peau se décongèle bientôt, une ıaction en résulte avec chaleur et érythème plus ou moins :cusé, pouvant aller jusqu'à une légère vésication sans ıchare. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 août et *Gaz. hebd.*, n° 33.) Des guérisons instantanées de la sciatique et d'autres évralgies rebelles ont été obtenues par ce moyen, comme ɔus l'avons éprouvé nous-même. Une minute après avoir ıçu le jet, depuis la hanche jusqu'à la malléole externe ı membre inférieur gauche, nous avons pu marcher et ɔurir, alors que depuis dix jours nous ne pouvions nous nir debout ni marcher sans boiter. Malheureusement, le ɔulagement ne dura que peu d'heures et une sorte de vé- cation s'ensuivit bientôt sur toute la partie externe du ıembre. Un soulagement graduel en fut ainsi le résultat

externe. La douleur est surtout aggravée par la flexion de la cuisse et l'extension de la jambe. On diagnostique une contusion du sciatique, et des courants galvaniques descendants amènent la guérison après une douzaine de séances.

Une femme de soixante-treize ans tombe, le 15 janvier 1883, et se fracture le col du fémur en dehors du ligament capsulaire. Quinze jours après, l'auteur trouve le membre raccourci d'un pouce et quart et en éversion marquée. Le grand trochanter est perdu dans un dépôt de cal abondant et une vive douleur existe sur toute la distribution du nerf sciatique. Des liniments sédatifs, des vésicatoires et des injections de chloroforme sont nécessaires pendant une année pour l'atténuer. Une atrophie musculaire considérable en résulta, malgré l'exercice avec des béquilles.

L'analogie des autres faits en rendrait l'histoire superflue. Le seul intérêt est la guérison des malades par l'électricité à l'infirmerie des maladies nerveuses. D'où la conclusion que les chirurgiens doivent rechercher la lésion du sciatique dans les cas de contusion, de fractures ou de luxations de la hanche, pour y appliquer de bonne heure les remèdes convenables. (*Clinic. Soc. of Philad.*, 27 juin.)

**SCLÉROSES.** En indiquant tout endurcissement morbide des tissus, ce terme générique, d'abord appliqué spécialement et tout court au système nerveux, à la moelle épinière en particulier, s'est étendu graduellement à tous les autres tissus. Ses applications nombreuses et fréquentes dans le langage médical, avec les désinences qui les distinguent, rendent ainsi nécessaire une place à part pour consacrer les nouvelles variétés cliniques érigées sous ce nom.

**Sclérose en plaques disséminées.** Un exemple remarquable, le troisième en date après ceux de Kilian et de Pitres, en a été observé et étudié complètement, au triple point de vue clinique, anatomique et histologique avec figures, par le docteur Déjerine chez une femme de quarante-six ans, restée en observation quatorze mois consécutifs à la clinique de la Charité. Elle était atteinte d'une paralysie absolue des quatre membres, ayant commencé aux jambes pour s'étendre aux bras comme dans la paralysie ascen-

dante. Des symptômes de la paralysie glosso-labiée montrèrent l'atteinte du bulbe comme dans celle-ci et l'état normal de la sensibilité et des sphincters. (Voy. PARALYSIE ASCENDANTE AIGUË.) Mais elle s'en distinguait par une extrême atrophie musculaire et une contracture si intense que, pendant les accès, l'on aurait brisé ses membres avant de pouvoir la faire céder. Elle simulait à s'y méprendre la sclérose latérale amyotrophique de M. Charcot, alors que l'autopsie la montra disséminée dans toute la longueur de la moelle épinière. D'où la difficulté du diagnostic anatomique.

Un seul élément peut servir à la distinguer cliniquement de la paralysie amyotrophique : c'est la contracture. Tandis qu'elle diminue progressivement dans celle-ci, à mesure que l'atrophie musculaire s'accroit par la disparition des cellules motrices, elle augmente au contraire jusqu'à la fin, malgré l'atrophie musculaire croissante dans la sclérose disséminée. La contracture est ici indépendante des muscles. Aussi est-elle bien plus marquée et par accès. C'est l'unique élément de diagnostic différentiel entre ces deux formes de sclérose.

Devant ce mélange, cette confusion inextricable des symptômes de lésions si variées et différentes, l'auteur essaye de diviser les scléroses selon leur pathogénie en primitives, quand la névroglie est originairement atteinte par un processus d'irritation, et en secondaires quand elles résultent d'un simple trouble nerveux. Dans la sclérose disséminée, la névroglie est atteinte primitivement dans ses vaisseaux, comme le montre la disparition lente des tubes nerveux et du cylindre-axe par la compression graduelle de la névroglie contractile. Le contraire s'observe dans le tabes dorsalis où le cylindre-axe disparaît avant que la névroglie prolifère. La sclérose disséminée est ainsi d'origine vasculaire, comme toutes les formes non systématiques probablement, tandis que les lésions vasculaires paraissent secondaires dans les formes systématiques. La preuve en est dans la moelle d'un hémiplégique succombant dès que la contracture annonce la sclérose du faisceau pyramidal. Ses artérioles sont dès lors frappées d'endo et de périartérite, leur gaine lymphatique gonflée de cellules migratrices, alors que les tubes nerveux sont tous dégé-

nérés, le cylindre-axe disparu, la névroglie montrant des traces d'irritation loin de tout vaisseau, contrairement à ce qui s'observe dans les premières. L'origine vasculaire des plaques de la sclérose disséminée peut seule rendre compte de leur configuration et leur dissémination. (*Revue de méd.*, mars.)

Un fait analogue a été observé à Nancy par le docteur E. Demange, chez une femme de soixante-quinze ans, entrée à la clinique des vieillards le 25 février et morte un an après, le 15 du même mois. Sans que les plaques de sclérose soient aussi distinctes et marquées que dans le précédent, d'après la comparaison des planches, celle-ci paraît procéder plus clairement de la périartérite des vaisseaux médullaires. Prenant le vaisseau malade comme point de départ, la sclérose s'étend sous forme de taches irrégulières, d'îlots disséminés dans la névroglie et qui, se réunissant par places, forment des dessins plus ou moins irréguliers envahissant toute la substance blanche. C'est donc un exemple de sclérose péri-vasculaire; d'où son apparence diffuse. (*Soc. de méd. de Nancy*, 28 mai).

Ce fait vient donc à l'appui de l'origine vasculaire de la sclérose, entrevue dès 1871 par MM. Charcot et Vulpian et que ces observations confirment. Ce serait ici, d'après l'auteur, une myélite interstitielle, diffuse et péri-vasculaire, par lésion initiale de l'endo-périartérite scléreuse des vaisseaux de la moelle. De là la diversité des symptômes qu'elle provoque suivant les points affectés. (*Idem*, octobre.) Des différences sensibles se remarquent aussi suivant les observations que les recherches histologiques peuvent seules rapprocher et que les cliniciens n'ont ni le loisir ni le pouvoir de faire. D'où l'incohérence en résultant pour eux.

**Sclérose pulmonaire.** Nouvelle entité morbide, introduite par le docteur Ducastel, et fondée essentiellement sur les caractères anatomiques. Ses signes cliniques se confondent si étroitement avec ceux des autres maladies du poumon qu'il paraît bien difficile de les distinguer sur le malade. Il en résume en effet les principaux en une toux quinteuse, coqueluchoïde; hémoptysies à répétition; dyspnée intense à l'exercice; emphysème localisé; dilatation du cœur droit; enfin, crises aiguës d'inflammation pulmo-

naire. Ils sont d'autant moins spécifiques que, dans les observations faites à l'hôpital, ayant servi à édifier cette entité, elle a succédé à une affection pulmonaire aiguë ou s'est montrée progressivement chez des sujets exposés à l'inhalation de poussières fines. Elle se confond le plus souvent ainsi avec la dilatation des bronches et l'emphysème pulmonaire qui coexistent même avec elle, sans que l'on puisse dire si elle en est cause, effet ou conséquence.

Le diagnostic différentiel est encore plus difficile avec la tuberculose. L'induration scléreuse est sans doute facile à reconnaître anatomiquement; mais, dans toutes les scléroses pulmonaires, se trouvent, à côté des trousseaux fibreux rétractés, des masses caséeuses semblables à la tuberculose légitime. La dégénérescence fibroïde se développe ainsi à côté des foyers de caséification. D'où la phtisie fibroïde ou fibreuse, sans que les arrangements ni certains groupements cellulaires soient particuliers à l'une ni à l'autre. La cellule de Lébert n'en est pas plus spécifique que le follicule tuberculeux pour distinguer celle-ci. Le bacille de Koch pourra même se rencontrer dans certains cas mixtes.

Dans ses manifestations franches et originelles, cette sclérose est essentiellement différente de la tuberculose. Affection inflammatoire simple, elle se caractérise cliniquement par une toux peu intense au début, très pénible ensuite et accompagnée d'une expectoration muco-purulente assez difficile. Le sang se montre fréquemment dedans par de simples filets ou du sang pur. Les hémoptysies à répétition se reproduisent si souvent que le malade finit par n'y plus faire attention.

La dyspnée, comme la toux, devient aussi très intense et constitue une gêne énorme pour les malades au moindre mouvement ou effort. Des douleurs thoraciques très pénibles avec sentiment de constriction du thorax s'y joignent aussi, tandis que l'auscultation révèle en avant des signes d'emphysème limité ; ce sont des caractères d'induration, de matité en arrière avec souffle et retentissement de la voix.

Des symptômes de dilatation des cavités droites se produisent aussi au cœur. D'où l'anhélation et la dyspnée plus intense à une période peu avancée de la maladie que dans la phtisie ou l'emphysème, alors que l'état général reste

assez satisfaisant. Des crises aiguës avec fièvre, exagération de la toux et de l'expectoration durant un ou plusieurs septenaires en sont aussi un caractère spécial, comme le résultat de poussées congestives.

La marche de cette affection est toujours lente en se limitant à l'invasion des espaces ou cloisons inter-alvéolaires, tandis que la tendance ulcérative de la tuberculose la rend plus rapide ainsi que sa nature infectieuse. On les distingue encore par leurs complications sous forme de broncho-pneumonies franches chez les scléreux pouvant guérir sans reliquat, tandis qu'elles sont surtout caséeuses chez les tuberculeux dont elles avançent inévitablement le terme fatal. L'asystolie, la broncho-pneumonie et la gangrène pulmonaire parfois sont les terminaisons les plus habituelles de la sclérose. (*Soc. méd. des hôpit.*, mars, et *Gaz. hebdom.*, n° 14.)

La précision et la finesse de ces observations cliniques seront d'un grand secours pour se rendre compte de ces phtisies anomales, à marche irrégulière, qui, sans guérir jamais et en menaçant toujours leurs victimes par certains accidents, ne les laissent pas moins vivre d'une manière supportable et fournir même une longue carrière. L'hérédité n'en est pas aussi redoutable que chez les tuberculeux.

*Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants*, par le docteur Moncorvo, médecin de la polyclinique infantile à Rio-de-Janeiro; brochure in-8° de 56 pages. Paris, 1884.

Trois observations cliniques personnelles, chez trois petites filles, servent de base à cette étude qui se trouve complétée par celle de M. Pierre Marie publiée l'année dernière. Il n'y a donc pas à y revenir, sinon pour constater l'influence héréditaire de la syphilis chez deux de ces petites malades. Il est utile d'y insister, car la guérison est résultée d'un traitement iodo-hydrargyrique, à essayer dès qu'il existe les soupçons de cette cause spécifique. (Voy. *année* 1883.)

**SUPPURATION.** Toutes les recherches expérimentales, faites à l'étranger dans ces dernières années sur l'origine du pus, n'ont abouti qu'à des divergences d'opinion, comme atteste la publication de ces divers travaux depuis 1881

dans les *Archives de Virchow*. M. Straus, trouvant que la technique opératoire laissait prise à la critique, a entrepris de les refaire à son tour dans le laboratoire de M. Pasteur en en modifiant les procédés. Au lieu des seringues ordinaires pour faire ses injections irritantes dans les tissus avec l'essence de térébenthine, l'huile de croton ou le mercure, il a employé un tube de verre effilé à la lampe contenant le liquide à injecter et soigneusement stérilisé avant son introduction. Fermé à son extrémité libre par un tampon de coton, ce tube-aiguille ponctionne la peau préalablement stérilisée par une cautérisation au thermo-cautère, afin d'en détruire plus sûrement tout germe atmosphérique. La ponction a lieu au milieu de l'eschare sèche et le liquide est poussé sous la peau ou dans les muscles par la pression de l'air se tamisant au travers du tampon de ouate. La piqûre est obturée ensuite par une nouvelle cautérisation en retirant le tube.

Ces précautions prévenant d'une manière absolue l'introduction d'aucun élément organisé vivant dans les tissus soumis à l'irritation inflammatoire, le pus n'apparaît pas dans ces conditions, tandis qu'une collection ou une nappe purulente en résulte lorsque le liquide a été exposé à la contamination atmosphérique. De là la discordance des résultats et la preuve que le pus, loin d'être produit par le processus inflammatoire simple à son maximum d'intensité, est la conséquence de la présence et la multiplication des micro-organismes au sein du tissu enflammé. D'où la formule catégorique : *sans micro-organisme, pas de suppuration.*

Mais la présence constante d'un plus ou moins grand nombre de globules blancs, trouvés au milieu du liquide injecté, suffit à affaiblir cette conclusion catégorique. Le liquide, enkysté pour ainsi dire dans le tissu, prend en effet un aspect un peu louche, trouble, par la présence d'éléments globulaires parfaitement reconnaissables au microscope. Si ce liquide louche n'est pas encore du pus, il suffirait peut-être d'en injecter une plus grande quantité pour que l'inflammation suraiguë détermine une purulence réelle. Le défaut de purulence pourrait bien tenir à la ténuité des injections. Cette formule ne peut avoir de valeur que par la caractéristique histologique ou culturale

du globule blanc purulent. (*Soc. de biolog.* et *Gaz. hebd.*, n° 51, 1883.)

**SYNDICATS MÉDICAUX.** Institution nouvelle consistant en petites associations locales, ayant leurs statuts particuliers fondés sur les conditions de milieu, de besoins et d'intérêts locaux. En s'agglomérant par région ou département, ces petits groupes forment des fédérations, comme celle de la Gironde, des basses Cévennes, qui admettent même les médecins des contrées voisines privées encore de ces syndicats. En vue de se réunir dans un seul corps, ces fédérations ont pris pour organe central le *Concours médical*, fondé en société par actions dès 1879 par le docteur Cézilly qui a été le promoteur de cette nouvelle institution longtemps avant que le gouvernement lui donnât une sanction légale pour toutes les professions.

Son premier but fut une rétribution équitable de leurs soins par la fixation au minimum du prix des visites et des opérations et le recouvrement mieux assuré de leurs honoraires par un encaisseur attitré. L'Association générale des médecins de France, qui en relie actuellement à peu près la moitié, ne visait pas ce dernier but. Instituée surtout en vue du secours mutuel, celle-ci s'occupe essentiellement de l'exercice illégal, de la déontologie et des secours locaux et en ayant à sa tête les médecins les mieux titrés de tous les départements, elle exerce ainsi une influence considérable sur toutes ces questions, par le crédit même de ses représentants, dans les sociétés locales et la Société centrale en particulier. Sous la haute personnalité de Rayer, son premier président, puis de Tardieu, et surtout d'Amédée Latour, son actif, généreux et puissant secrétaire général, en qui elle s'est personnifiée si longtemps, elle a pu réunir un total de plus de 7000 membres, principalement dans les grands centres, et venir très efficacement en aide et au secours moral et professionnel à ses adhérents des campagnes faibles ou malheureux. De là son caractère essentiel d'aristocratie médicale et de protection confraternelle.

Aussi s'est-elle vue bientôt dépassée, en ce temps d'indépendance et de démocratie où chacun, même les plus simples et les moins dignes, veut avoir sa part égale aux plus

méritants. A défaut de pouvoir s'associer avec eux, on s'associe contre eux pour lutter avec plus d'avantages contre leurs prérogatives. Sous prétexte de liberté, on aliène la plus précieuse : celle de se conduire et se diriger soi-même dans sa profession. De là les syndicats médicaux, comme ceux des ouvriers contre leurs patrons. Ne se trouvant pas assez sûr de soi-même pour vivre aisément, on accepte la loi sinon le joug de ses pareils. Seul, on ne pourrait rien; syndiqués, on sera le nombre, la multitude et l'on imposera sa loi aux plus forts.

Les syndicats professionnels se sont aussi occupés successivement de tout ce qui touche aux devoirs publics et privés des médecins et à tous leurs intérêts moraux et matériels. On leur reproche ainsi d'empiéter sur la liberté individuelle de leurs syndiqués, en ne leur permettant d'être médecins des Compagnies que sous des conditions égales pour tous et onéreuses pour celles-ci. Tel est le taux de 20 francs pour chaque certificat à leur délivrer. (*Gaz. hebdom.*, n° 51). Un projet de loi a été porté au Parlement sous leurs auspices. C'est donc une véritable révolution dont l'institution d'une caisse de pensions de retraite est le premier acte... s'il aboutit.

Loin de se déclarer en hostilité flagrante avec cette nouvelle institution ou paraître la dédaigner, la grande Association semble devoir éviter tout conflit pour la défense des intérêts communs et prévenir la désagrégation du corps médical. Il s'agirait de faire des syndicats, les auxiliaires utiles pour tout ce qui tend à l'amélioration du sort des médecins, sans qu'ils aient à sacrifier leur autonomie dans toutes les questions locales où l'Association ne peut s'immiscer. Les intérêts immédiats, quotidiens et tout particuliers parfois sont leur raison d'être, et si cette œuvre de conciliation et d'alliance peut s'opérer entre eux, ce serait au bénéfice de leurs membres réciproques. Mais une condition est indispensable : c'est la soumission des syndicats locaux aux Sociétés du département ou de l'arrondissement de l'Association générale. Toute fédération entre eux, en dehors de l'industrie des annonces du journal central, nuirait à la concorde et la bonne confraternité. C'est là le point en discussion, quoique déjà plusieurs syndicats se soient affiliés aux sociétés locales leur ressortissant. Leur

attitude calme et conciliante fait espérer la réalisation de cette alliance et ces rapports confraternels, d'après le dernier compte rendu de l'Association générale. Il faut donc attendre.

Un jugement du tribunal de Domfront (Orne) vient d'établir que les médecins n'entrent pas dans la catégorie des professions pouvant se syndiquer, en vertu de la loi du 21 mars dernier sur les syndicats professionnels. Mais il en a été aussitôt interjeté appel par les intéressés. C'est donc encore une affaire pendante.

**SYPHILIS.** *Effets multiples de la syphilis durant vingt ans.* Un homme de trente ans, vigoureux et bien portant, consulte M. Thompson Forster, en septembre 1862, pour un chancre induré avec engorgements ganglionnaires multiples de l'aine. Ces accidents disparaissent, et, malgré l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium continués pendant quatre mois après, des maux de tête surviennent en 1863. Aucune manifestation n'eut lieu ensuite jusqu'en 1882.

Marié en janvier 1865 à une jeune fille d'une bonne santé, il l'infecte bientôt. Des ulcérations se montrent en avril et elle avorte le mois suivant. Un an après, elle accouche au septième mois d'un enfant ayant des manifestations multiples de syphilis; il meurt à dix semaines. Cette femme mourut subitement étant enceinte en 1868.

Second mariage du syphilitique en 1872, avec une jeune fille bien portante comme la première. Enceinte dès le mois de juin, elle présente bientôt de la roséole, maigrit, s'affaiblit et avorte en novembre d'un enfant syphilitique. L'auteur, consulté en 1876, met les deux époux à l'usage du mercure et de l'iodure de potassium. La femme redevient enceinte en 1877 et accouche à huit mois d'un enfant bien portant. Accouchement à terme en 1880, mais, en 1881, le mari éprouve des symptômes d'ataxie locomotrice dont il meurt quelques mois plus tard. C'est là un exemple à consulter pour le mariage des syphilitiques. (*Lancet*, 9 août.)

*Végétations papillaires polypiformes.* Leur arrachement est le plus souvent insuffisant et elles repullulent entre deux séances d'extirpation. La cautérisation consécutive avec le nitrate d'argent ou l'acide chromique est même

impuissante à prévenir cette repullulation. Celle du galvano-cautère porté au rouge sombre s'y oppose seule, d'après le docteur Cadier. En arrêtant l'écoulement du sang produit par l'arrachement, cette cautérisation permet de prolonger les séances et de les rendre plus fréquentes au point de diminuer la durée du traitement. Quatre observations en sont rapportées à l'appui, et il a suffi de deux mois dans l'une d'elles pour obtenir une destruction complète de ces végétations polypiformes. (*Ann. des malad. du larynx*, décembre 1883.)

*Myélite aiguë syphilitique.* Deux observations, avec lésions centrales et diffuses constatées par un examen anatomo-histologique du docteur Déjerine, chez deux hommes récemment infectés et succombant en peu de jours, sont la seule base de cette nouvelle espèce. Elle n'a aucun caractère anatomique spécial, pas plus que tant d'autres lésions prétendues syphilitiques. L'infection antérieure, et encore n'est-elle constatée que par l'aveu des malades, sans stigmates apparents, confirmatifs et convaincants, est la seule raison de son caractère spécifique. La rareté de cette myélite centrale et son existence révélée dans une thèse récente par Savard (*Myélites syphilitiques*, Paris, 1882), à l'autopsie de plusieurs syphilitiques, la font seules admettre à l'auteur. Il y a bien encore la myélite systématique de l'ataxie locomotrice admise par les uns, niée par d'autres, après l'insuccès du traitement spécifique. (*Revue de méd.*, janvier.)

C'est donc là un simple point d'interrogation à vérifier. Avec la facilité mise actuellement à rattacher à la syphilis toutes les affections dont la nature n'est pas démontrée autrement, il y a lieu de se tenir d'autant plus sur la réserve pour ne pas faire fausse route. C'est par le traitement seul que l'on peut obtenir la confirmation de cette étiologie.

*Artérite localisée.* Elle s'est montrée à l'état aigu, comme d'habitude, chez un homme de cinquante-deux ans ayant contracté la syphilis en 1877 et que le sublimé et l'iodure de potassium semblaient avoir guéri. Pendant trois ans et demi, de 1878 à 1882, la santé reste bonne, lorsque des douleurs dans la tête, les membres, les os du nez avec

vertiges, tristesse, amnésie légère, annoncent la récidive. Neuf mois après, le professeur Leudet observe des douleurs dans la fosse temporale gauche et un cordon dur sur la branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle gauche. Dix jours plus tard, les battements étaient disparus.

Six mois ensuite, sans que le malade ait cessé d'être sous l'influence de l'iodure de potassium à haute dose, la même induration apparaissait dans la branche correspondante de l'artère temporale droite. Induration uniforme, de trois centimètres d'étendue, avec battements faibles, disparaissant ensuite. Recrudescence des accidents cérébraux. Néanmoins, après quatorze mois de traitement, cette artérite avait disparu avec amélioration correspondante des troubles cérébraux.

La curabilité en est ainsi démontrée chez ce malade dont l'évolution morbide a duré plus de six années. La vérole était écrite sur son front. C'est là une des causes de la syphilis cérébrale par son effet oblitérant spécial. D'où la lenteur de sa résolution. (*Congrès de Blois.*)

*Etat fibroïde du cœur.* Voy. Cœur.

*Ulcères syphilitiques des jambes.* Ils paraissent aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes. Dans une période de deux ans et demi, Israël dit en avoir observé dix cas, par moitié chez les deux sexes. En se combinant aux ulcères variqueux, ils peuvent échapper aux légitimes soupçons du médecin. D'où la nécessité de les distinguer par leurs formes diverses, dont le docteur Nepveu établit trois variétés, d'après les neuf exemples observés dans la clinique de la Pitié.

La première est l'*ulcus elevatum* tertiaire aux bords circinés, fond végétant, dont la saillie est mobile avec les mouvements des muscles et des tendons. Ces ulcérations se rencontrent chez les syphilitiques *marqués*, à la place d'anciens ulcères variqueux avec lesquels ils se confondent. Leur résistance à la médication habituelle et leur modification rapide par un traitement mercuriel interne et topique, en est la pierre de touche. En cas de soupçon, il faut donc commencer par celui-ci.

Au lieu d'être superficiels, ceux de la seconde variété perforent le derme, l'aponévrose même et arrivent au contact des muscles, des gaînes synoviales et des os. Ils sont ordinairement multiples comme les premiers, sans que l'on ait pu vérifier si leur caractère essentiellement perforant provient de périostites, de myosites ou de périsynovites gommeuses. On ignore si leur origine est profonde ou superficielle.

La troisième variété se combine avec les hyperostoses. Ce sont les plus fréquents, et il est même à se demander si les traces innombrables qui se rencontrent parfois sur la peau des jambes n'en forment pas une quatrième. Ils semblent avoir pour origine une affection syphilitique des glandes cutanées. Dans un cas, la peau du mollet était aussi perforée d'un très grand nombre de trous communiquant ensemble et formant une véritable dentelle. A ces caractères, on pourra toujours leur appliquer l'emplâtre de Vigo. (*Revue de méd.*, mars.)

*Influence sur les os longs.* Consécutivement à sa thèse inaugurale sur l'étude de la syphilis chez la femme enceinte, et qui a obtenu une récompense à la Faculté de Nancy en 1883, le docteur Vallois compare les lésions observées chez les nouveau-nés avec celles décrites par Parrot. Après un historique de la question, montrant combien elle a été négligée jusqu'à ce dernier, il décrit minutieusement les lésions observées par lui et qui étaient rapportées communément au rachitisme, mais sans éviter l'excès contraire en confondant bientôt toutes les lésions osseuses du rachitisme avec celles de la syphilis. Voici les différences signalées par l'auteur :

1° Défaut d'uniformité dans la direction des fibres de la couche osseuse sous-périostée; les plus profondes peuvent être parallèles à l'axe de l'os;

2° Etat granulo-graisseux des cellules du cartilage épiphysaire;

3° Variations dans la hauteur du cartilage chondroïde qui, en certains points, peut manquer complètement;

4° Absence d'aspect crayeux au niveau de la couche chondro-calcaire; les lésions de cette couche se confondent avec celles du tissu spongieux;

5° Au niveau du tissu spongieux, absence de la seconde forme d'altération signalée par Parrot, c'est-à-dire de la matière puriforme. (*Revue méd. de l'Est*, 15 septembre.)

*Mesures sanitaires.* La valeur exacte ne peut en être mieux appréciée que dans le Danemark, où les médecins sont obligés légalement de donner connaissance au Collège royal de santé des cas de maladies vénériennes qu'ils ont eu à traiter chaque année, dans leur pratique publique et privée. D'où une statistique officielle comparative de ces maladies dans les villes où la prostitution publique est défendue pour les soldats et les marins notamment, tandis qu'elle existe librement dans les campagnes.

Durant les dix dernières années comprenant 55 923 cas, le docteur Giersing a trouvé une augmentation de la blennorrhagie de 37 0/0 avec diminution des chancres de 28 0/0; augmentation de la syphilis de 1 0/0 seulement.

A Copenhague, où le nombre des femmes malades, de 1 358 en 1881, s'élevait à 2 352 en 1883, il s'est trouvé que les maladies vénériennes avaient augmenté de 100 pour 100 dans les treize dernières années, tandis que la population ne s'est élevée que de 43 0/0. L'inspection sanitaire a donc échoué dans cette ville.

Les résultats ont été plus satisfaisants dans six autres villes, ports de mer avec garnison, soumises au même régime sanitaire. La blennorrhagie a à peine augmenté avec diminution des chancres de 51 0/0 et de 60 0/0 de la syphilis. Mais les villes non protégées, contenant 197 000 habitants, ayant donné une légère augmentation de la blennorrhagie avec une décroissance de 43 0/0 des chancres et de 35 0/0 de la syphilis durant le même temps, la liberté a été octroyée à trois des précédentes depuis 1880; ce qui ne permet pas d'attribuer exclusivement les résultats favorables à la protection.

En fait, les cas de syphilis ont été de 11 par 1000 sous le régime sanitaire, et de 9 seulement dans les villes libres. Quoique la diminution des maladies soit très satisfaisante dans les villes protégées, elle est encore bien plus considérable dans les villes libres, puisque sur une population de 1 141 000 habitants des campagnes, il y a eu 11 154 cas de maladies vénériennes durant les dix années finissant en

1880. A cette époque, la blennorrhagie avait diminué de 26 0/0, les chancres de 42 0/0 et la syphilis de 50 0/0. Obtenus sans aucune inspection sanitaire, ces résultats montrent ce que vaut la protection à Copenhague, où la syphilis a augmenté de 1874 à 1881 de 163 0/0 dans la marine et de 36 0/0 dans l'armée. (*Statistik over Veneriske Sygdomme i Danmark.*)

En comparant ces résultats avec ceux de l'armée anglaise, M. H. Lee constate que la syphilis secondaire paraît avoir augmenté de 2 pour 1000 dans l'armée de l'intérieur sous l'empire des lois de protection. De 1859 à 1866, sous un régime de liberté, elle avait diminué de 35, 86 à 24, 77 par 1000. Sous celui des lois sanitaires, depuis 1867 à 1876, la proportion s'est élevée à 27, 4 par 1000; ce qui montre que les districts libres, dans l'armée anglaise comme au Danemark, sont mieux que les protégés en ce qui concerne la syphilis. (*Lancet*, 29 novembre.)

*Effets hémorrhagiques de l'iodure de potassium.* Un homme de quarante ans, portant un ulcère syphilitique sur la paroi gauche du pharynx, fut soumis à l'usage de 50 centigrammes d'iodure de potassium trois fois par jour, par le docteur Mulhall. Dès le troisième jour, le malade crachait du sang et huit jours après; il suffit de cesser ce médicament pour que l'hémoptysie disparût aussitôt. Trois épreuves renouvelées successivement donnèrent le même résultat en démontrant l'action directe de l'iodure sur l'hémoptysie.

Ce fait peut être rapproché de l'éruption purpurique observée assez fréquemment sous l'influence de cette médication. D'autres affections cutanées, comme l'acné, en sont aussi la manifestation. Il faut donc tenir compte de ces faits par une administration graduée de ce médicament. (*St-Louis med. and chir. journ.*, juillet.)

*Eradication de la syphilis.* Conférence faite à la clinique médicale de la Charité par le docteur Diday sur l'excision du chancre. A l'exposé des objections ordinaires : l'infection immédiate démontrée par la non-inoculabilité du chancre syphilitique naissant au porteur, il oppose des faits positifs, spontanés et artificiels; à la seconde, d'une fausse guérison

anticipée ou ne s'appliquant qu'à des chancres simples et l'imminence de la récidive, il apporte des faits concluants; l'incohérence seule des cas le fait douter de la valeur de la méthode, comme à J.-L. Petit, après l'avoir essayée.

Par cette exposition, la conclusion est facile à prévoir : c'est le diagnostic incertain des exemples invoqués. 13 succès authentiques, triés d'un nombre considérable de cas opérés par 12 spécialistes étrangers bien connus, ont pour lui la preuve de l'aléa et l'incertitude de cette opération, sans que l'on puisse d'avance en annoncer sûrement le résultat. Cette rareté des succès de l'excision est, comme ceux de la réinoculation, soumise à la variabilité de l'évolution et la gravité de la syphilis selon les individus. L'éclosion secondaire varie ainsi de trente-trois à soixante jours, selon l'intensité de l'absorption et la pénétration du virus, sinon la prolifération du microbe. Ce moyen n'est donc pas plus sûr que la section sous-cutanée des lymphatiques efférents du chancre, ni l'évidement des ganglions indurés ou leur extirpation, également tentés.

Mais en vue du mal redoutable qu'il s'agit de prévenir, son origine étant certainement dans le chancre initial, il n'est pas moins permis de tenter son excision en portant de même la main sur ses efférents directs, les ganglions lymphatiques surtout et leurs vaisseaux mêmes. A cette condition seulement, l'éradication du mal peut être certaine et il faut avoir le courage de conseiller l'excision aux malades devant le danger qui les menace. C'est la conclusion que donne le savant syphiliographe lyonnais dans sa péroraison éloquente. (*Tribune méd.*)

**Syphilis cutanée.** *Injections hypodermiques de sublimé.* Cette méthode de Lewin a été accueillie avec une grande faveur aux Etats-Unis. Le docteur Shoemaker s'en est surtout fait le patron dans son service des maladies de la peau à l'hôpital de Philadelphie. Les syphilodermes de toute sorte sont traités ainsi avec grand avantage, en employant jusqu'à 3 centigrammes par jour dans 2 grammes d'eau environ. Le ptyalisme, l'irritation intestinale et parfois le tremblement en sont les conséquences persistantes ; mais l'administration du chlorate de potasse et même de l'iodure, en agissant comme adjuvant, diminue rapidement

ces accidents. Le punch au lait et un traitement ferro-ioduré est souvent d'une grande utilité, et après 24 à 30 injections, les accidents ont généralement disparu.

Ces bons effets sont attribués à la formation de l'albuminate mercuriel dans le tissu cellulaire, par la neutralisation de ces doses toxiques. Il en résulte à peine un gonflement avec érythème de la peau qui ne suppure pas ni ne s'enflamme profondément. Jamais l'auteur n'a constaté d'abcès, dans les milliers d'injections faites, avec l'unique précaution d'employer une aiguille en or enfoncée assez profondément dans le tissu cellulaire sous-connectif. Dans le cas de douleurs trop vives, on peut y joindre 1 centig. 1/2 de sulfate de morphine. C'est pour lui le traitement le plus facile, rapide et le moins dangereux de tous ceux usités jusqu'ici. (*Lancet*, 6 septembre.) Voy. TUMEURS GOMMEUSES.

**Syphilis héréditaire tardive**. Aux diverses affections attribuées à cette hérédité nouvelle dans les leçons si intéressantes du professeur Fournier (Voy. *année* 1883), le docteur Barthélemy, qui les a recueillies, en ajoute un ordre nouveau : *les lésions hépatiques*. Observées seulement jusqu'ici dans la syphilis acquise et son hérédité précoce ou infantile, ces lésions apparaissant plus tard étaient attribuées à une des diathèses en vogue : scrofule, rachitisme, tuberculose, cancer, etc. Le discrédit croissant de celles-ci, au profit de la syphilis qui les supplante et les absorbe toutes actuellement, a opéré cette révolution étiologique. On ne voit plus que syphilis en tout et partout. Facies et habitus particulier, développement physique, tardif et incomplet, déformations crâniennes et nasales, malformations dentaires, cicatrices cutanées et muqueuses, vestiges de kératite, iritis, troubles ou lésions de l'appareil auditif, et tant d'autres accidents vulgaires, comme des fausses couches répétées, sont transformés en signes spécifiques. Son hérédité tardive admise, à défaut d'antécédents positifs des parents, sur la filiation de ces caractères douteux et suspects, l'étiologie syphilitique des manifestations hépatiques est ainsi fondée bien plus sur des probabilités, des interprétations des faits, que sur leur observation directe.

Des 32 observations invoquées à l'appui, sans compter les cas analogues cités de mémoire ou verbalement pour

faire nombre, une seule est personnelle à l'auteur, et seulement à demi. Les autres sont extraites de journaux ou de livres, la plupart étrangers, remontant de vingt à trente ans de publication, où elles figurent pour un tout autre but. Elles ne pouvaient démontrer l'hérédité tardive de la syphilis alors inconnue. Quelques-unes toutes récentes peuvent seules venir à l'appui contre le plus grand nombre prouvant tout le contraire. C'est donc une démonstration *à posteriori* tendant à détruire d'anciennes interprétations pour en mettre une nouvelle à la place.

Ces faits disparates, recueillis dans un but opposé, s'accordent sur le seul fait des lésions hépatiques, la syphilis n'étant pas démontrée et parfois niée dans le plus grand nombre. Elle n'est admise qu'après coup, sur les signes vulgaires précédemment énoncés ou les lésions trouvées à l'autopsie, contre l'opinion des observateurs même. Avec ces débris informes, cliniques et anatomo-pathologiques, le docteur Barthélemy a édifié 4 formes différentes de ces lésions du foie comme autant de degrés divers de la maladie : congestive, hépatite interstitielle diffuse ; cirrhose plutôt hypertrophique qu'atrophique avec une variété sclérogommeuse mixte. La forme gommeuse est la plus rare, mais aussi la mieux démontrée par la guérison des malades avec le traitement spécifique. C'est là une raison évidente et péremptoire de la nature même du mal, et si l'auteur avait su se borner à ces exemples, son travail en aurait d'autant plus de mérite et de précision. La quatrième amyloïde, avec sa variété mixte amylo-gommeuse, est la plus grave et la moins démontrée, car l'auteur y fait rentrer tout ce qu'il ne peut expliquer autrement. (*Archiv. de méd.*, mai et juin.)

Tel est le procédé actuel des jeunes docteurs, n'ayant pas encore eu le temps d'observer mûrement pour leur propre compte, de faire des traités dogmatiques à l'usage de la nouvelle école, avec les observations des anciens qu'ils interprètent, réforment et corrigent, suivant les doctrines ou les systèmes de leurs maîtres immédiats. Ils sont encouragés, poussés dans cette voie par ceux-ci pour mieux servir la science, bien qu'en s'agissant de spécialité, comme ici, cela favorise surtout leur pratique. C'est en groupant le plus d'affections diverses sous la rubrique de vérole ou

syphilis qu'ils auront plus de malades à voir et à traiter. Leurs élèves soumettent ainsi les observations des anciens à leur jugement contre leur avis motivé au profit des modernes et leurs idées. L'autocratie scientifique actuelle est si absolue que, comme la politique radicale, elle fait tout plier sous son niveau. On peut juger, par la méthode suivie, de la valeur intrinsèque de la plupart de ces monographies et de la confiance, du crédit à leur accorder.

Un fait clinique du docteur Dubousquet, de Saint-Ouen, nous paraît plus concluant. Appelé pour une petite fille de huit ans et demi, faible et émaciée comme au dernier degré de la cachexie tuberculeuse, toussant continuellement avec matité au sommet droit en avant et en arrière, souffle caverneux et gargouillement sans expectoration, il institue un traitement tonique : lait, phosphate de chaux, chlorure de sodium, arsenic, vésicatoires volants, sans que pendant un mois l'état se modifie ni la fièvre vespérale. Mais au deuxième mois, une tumeur fluctuante comme une petite orange apparaît sur le sternum, entre les 3e et 4e cartilages, et donne un verre de liquide puriforme, gélatineux et filant à la ponction aspiratrice.

Cette complication gommeuse éleva des soupçons, d'autant plus que l'enfant présente des altérations dentaires attribuées au rachitisme. On apprend de la mère que son mari a eu des douleurs nocturnes, des maux de gorge et qu'il a perdu ses cheveux. Pas de fausse couche. Enfant puîné bien portant. La mère ayant des lésions dentaires analogues à son enfant, on ne peut rien conclure. Néanmoins, le docteur Gaucher consulté portant le diagnostic de syphilis tardive, on institue le traitement spécifique avec le sirop de Gibert, une demi-cuillerée à café matin et soir.

C'est alors que le père accuse un onyxis et une périonyxis ulcéreuse à l'un des doigts ayant résisté à une foule de topiques et dont la nature syphilitique est évidente. Il avoue un chancre en 1871 suivi de plaques muqueuses, pléiade ganglionnaire et douleurs ostéocopes avec épaississement du périoste tibial à la jambe droite. L'emploi du sirop de Gibert faisant disparaître tous les accidents en quinze jours, le diagnostic est certain.

L'enfant est alors soumise aux frictions mercurielles avec

l'usage interne de l'iodure de potassium à haute dose et d'une manière alternante. L'amélioration générale et locale est rapide et en mai 1884, dix mois environ après la première visite, la guérison était complète et ne s'est pas démentie. *Ostendunt curationes naturam morborum.* (*Revue de méd.*, août.)

*Maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, par J. Hutchinson, traduit de l'anglais par le docteur Hermet. Un vol. in-8°, Paris.

Cette traduction française mérite bon accueil par le crédit obtenu par l'auteur sur cette pathogénie de la syphilis, soit pour l'admettre, soit pour la contester, en raison même de son importance.

**Syphilis laryngée.** La *destruction complète des cordes vocales* n'emporte pas fatalement la perte absolue et définitive de la voix. Un exemple en est rapporté à l'appui par le docteur Cadier, chez un garçon de vingt-huit ans, présentant une aphonie presque complète avec difficulté extrême de la respiration. Un chancre induré, contracté à dix-neuf ans, avec accidents secondaires l'année suivante, étaient l'origine de ces troubles vocaux. L'examen au laryngoscope montre la rougeur du voile du palais, un aspect granuleux des piliers postérieurs avec décoloration de toute la face correspondante du pharynx. Au miroir, épiglotte normale, mais on n'aperçoit plus dans le larynx qu'une fente transversale, limitée en avant par l'épiglotte, et une partie très œdématiée en arrière. De violentes douleurs dans la gorge depuis deux ans avec élancements, battements, menaces de suffocation, et quelques petits morceaux d'os rendus dans les crachats après ces crises rendaient compte de cette destruction de toute la partie postérieure des cordes vocales ; le tiers à peine de leur partie antérieure ulcérée, bourgeonnante et granuleuse, constituait seul une lèvre transversale qui, avec la paroi postérieure œdématiée et gonflée, formait la glotte. Immobilité absolue du larynx dans les efforts de la respiration et de la parole.

L'iodure de potassium à haute dose est administré en cautérisant le larynx tous les deux jours avec une solution de nitrate acide de mercure, et deux mois après,

une amélioration locale était déjà sensible. Trois mois plus tard, on constatait des mouvements prononcés des éminences aryténoïdes, surtout à gauche. Une glotte artificielle se reformait, permettant la parole. Pendant trois ans, le malade voyage à l'étranger avec une amélioration croissante et lorsqu'il reparaît à la clinique, le 21 octobre 1881, le laryngoscope montre que l'ouverture glottique, transversale lors du départ, est devenue triangulaire avec grand côté en arrière presque rectiligne, les deux autres formant un triangle sphérique. Le tronçon de la corde vocale gauche, formant le côté antérieur, s'écarte et se porte en avant en respirant, en dedans et en arrière en parlant, tandis que la lèvre postérieure, constituée par les éminences, s'en rapproche. Ces trois lèvres entrent ainsi en vibration au passage de l'air et donnent une voix passable avec plusieurs notes de la gamme.

Ce fait est donc la démonstration qu'il ne faut pas désespérer de la voix dans les altérations, les destructions même de la glotte, puisqu'elle peut se reconstituer artificiellement en partie avec les débris qui en restent. (*Ann. des malad. du larynx*, mars.)

**Syphilis pulmonaire.** Le siège particulier de ses altérations au niveau du hile et de la région moyenne du poumon droit en serait le meilleur signe, d'après une revue compendieuse à ce sujet, avec la dyspnée intense, une toux quinteuse et paroxystique, l'absence d'hémoptysies ou leur rareté, une expectoration singulière de matières jaunes ou brunâtres exemptes de bacilles avec conservation des forces et de l'appétit. Malgré l'état avancé des lésions locales, le défaut de fièvre et de diarrhée suffirait alors à asseoir le diagnostic et instituer le traitement spécifique. Des antécédents syphilitiques patents et l'absence d'hérédité tuberculeuse seraient encore indispensables à cet effet. (*Gaz. hebdom.*, n° 39). Voy. PHTISIE SYPHILITIQUE.

# T

**TAILLE.** Rien ne montre mieux son innocuité chez les Indiens que la statistique du chirurgien-major Keelan. Sur

102 malades, 98 hommes et 4 femmes, Musulmans et Hindous, opérés à l'hôpital civil de Hyderabad, du 1er janvier au 31 août 1883, il n'y eut que 2 morts, malgré 14 cas de pierres multiples et 4 récidives. Ce résultat unique montre que les *Sindees* supportent infiniment mieux cette opération que les Européens par l'absence d'inflammation consécutive. Leur simple manière de vivre et la sécheresse du climat du Sindh, l'une des contrées les plus poussiéreuses du monde, surtout dans la partie inférieure et à Hyderabad en particulier, sont probablement les causes de ces résultats. Les conditions même qui provoquent la fréquence des calculs chez les habitants aident aussi à les extraire sans danger. (*Lancet*, 23 août.)

**Taille hypogastrique.** Tel est son succès actuel que l'on tend chaque jour à lui donner une nouvelle extension. Le docteur Girou (d'Aurillac), en ayant obtenu un chez un enfant de sept ans souffrant d'un double calcul de cystine depuis longtemps, la pratiqua le 10 octobre 1883, par une incision verticale de 7 centimètres seulement. Un pessaire Gariel avait suffi à soulever la vessie, injectée très modérément. Il ne fit ni suture ni drainage. De simples compresses de tarlatane, imbibées d'une solution de 20 grammes d'acide borique dans 500 grammes d'eau et autant d'alcool, recouvrirent la plaie, sans qu'il y eut aucune infiltration d'urine, ni fièvre, ni complications. Huit jours après, la plaie était cicatrisée.

C'est donc là un beau succès, d'autant plus remarquable qu'il a été obtenu simplement, en permettant à tout chirurgien de campagne d'en faire autant avec les instruments de trousse ordinaire. Aussi l'auteur, émerveillé de ce résultat, croit-il que cette opération simple serait substituée avec avantage à la lithotritie rapide dans un grand nombre de cas, c'est-à-dire sans recourir à un spécialiste.

« Nous voudrions surtout, dit-il dans son mémoire, qu'il ressortît bien de ceci que la taille hypogastrique peut être faite partout avec succès et à l'aide des instruments simples de chirurgie courante; qu'il n'est besoin d'aucune éducation manuelle préalable et qu'elle donnera plus de succès à la majorité des chirurgiens que les autres méthodes modernes. » (*Bull. de thérap.*, 15 août.)

Au contraire, M. Tillaux a trouvé des difficultés particulières à cette opération pratiquée, en décembre, chez un garçon de quinze ans. Elle est moins facile que chez l'adulte, d'autant plus que l'étendue de l'incision n'est pas précisée; 10 centimètres et même 7 à 8 lui semblent exagérés. Quoique suivie de guérison, comme dans le cas précédent et d'autres de MM. Saint-Germain et Monod, cette taille lui semble perdre le principal avantage de sa grande simplicité.

M. Le Dentu la trouve aussi plus difficile que chez l'adulte et, malgré un grand nombre de résultats heureux, il est mis en question si la taille périnéale ne devrait pas lui être préférée. (*Soc. de chir.*, 23 décembre.)

Ce n'est pas qu'elle soit toujours sans nocuité chez l'adulte. Pratiquée par M. Houzel, elle faisait prévoir le succès, lorsque l'opéré succomba le sixième jour, avec douleurs de reins, diarrhée, température à 34°, 5.

Dans une autre, faite par M. de Launois, le 1er mars 1884, 200 grammes d'eau boriquée furent injectés dans la vessie et 400 grammes d'eau ordinaire dans le ballon. Une incision de 10 centimètres fit rencontrer de l'eau boriquée dans le péritoine. Il y avait donc eu rupture, comme dans le cas de M. Monod. Après l'extraction d'un calcul phosphatique de 25 grammes, deux tubes dans la plaie entre cinq à six sutures métalliques permirent une guérison rapide. (*Idem.*)

Néanmoins, le docteur Rohmer, de la Faculté de Nancy, en a étendu l'application à un prostatique âgé de soixante-huit ans, entré à l'hôpital le 5 septembre pour une rétention complète d'urine. Après ponctions répétées, et le cathétérisme étant impossible, il pratiqua la taille hypogastrique le 26 par une incision de 7 centimètres, à l'exemple de Sédillot et de E. Bœckel, dont il rapporte les quatre observations à l'appui. L'opéré conservant l'hypertrophie de sa prostate, qui empêchait absolument le cathétérisme, était soumis à l'emploi permanent de la canule pour vider sa vessie; ce qui constitue une grave infirmité. L'auteur admet malgré tout que cette incision est préférable à la ponction simple avec l'usage de cette canule, comme Sir Henry Thompson. Il y trouve l'avantage d'explorer la vessie, de se rendre compte de l'obstacle, et de pouvoir y porter remède dans quelques cas par le cathétérisme rétrograde. (*Revue méd. de l'Est*, décembre.)

*Contribution clinique à l'étude de la cystotomie sus-pubienne*, avec statistique de son emploi de 1879 à 1883, par le docteur Garcin, de Strasbourg, 1884. Étude originale, faite sur les matériaux du professeur E. Bœckel, des différentes applications de la taille de Franco, avec ou sans les récents perfectionnements qui l'ont ressuscitée en lui conférant de nouvelles chances de succès. Outre les 5 cas de calculs où elle a été mise à contribution dès 1870, et les modifications apportées au manuel opératoire, 94 observations sont relatées avec 23 morts seulement. C'est donc une proportion encourageante. M. Bœckel en préconise aussi l'emploi pour l'extraction des tumeurs de la vessie et le cathétérisme rétrograde. Il a réussi deux fois sur quatre en l'appliquant à des rétrécissements infranchissables, des ruptures de l'urèthre ou des obstacles prostatiques. De là l'intérêt de cette monographie.

**TARSOTOMIE.** Nos chirurgiens de l'Est, à l'exemple de leurs voisins, continuent à montrer la valeur de cette opération par leurs succès. Une communication du docteur E. Bœckel distingue d'abord les cas où elle est applicable en divisant les pieds bots en deux variétés : tendineux et osseux. Les premiers peuvent être traités avec succès par la ténotomie et le massage ; on détruit ainsi la déformation avec le temps. La déformation osseuse étant congénitale, dans les seconds, elle s'accentue avec l'âge et réclame presque toujours l'opération. L'os qui s'oppose au redressement est l'astragale dont le col est plus ou moins soudé sur le corps. Il pratique donc l'ablation totale de cet os, de préférence à ceux du tarse, par des résections cunéiformes. L'os enlevé, une articulation mobile s'établit entre le calcanéum et la mortaise tibio-péronière.

Voici son procédé. Une incision courbe contournant la malléole externe passe sous son extrémité inférieure en se dirigeant vers l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien. L'astragale est saisie avec un fort crochet mousse et enlevée en pratiquant des sections ligamenteuses, s'il y a lieu. Après le redressement immédiat du pied, il est placé dans un appareil plâtré. La méthode antiseptique est de toute nécessité dans cette opération, et la guérison s'obtient en trois ou quatre semaines, sans complications. Mais il est

prudent, pour obtenir un résultat durable, de faire porter un appareil contentif en cuir moulé pendant plusieurs mois. (*Soc. de chir.*, 18 avril.)

Trois observations du professeur Gross (de Nancy) viennent répondre victorieusement aux objections soulevées à Paris contre cette opération. Ce sont trois cas de pieds bots chez des enfants de dix à onze ans : un pied bot varus équin infantile, un pied bot varus légèrement équin, probablement congénital, et un pied bot varus congénital avec adduction exagérée. La tarsotomie postérieure a été pratiquée dans les trois cas avec résection de la malléole externe dans un cas et de celle-ci avec l'extrémité antérieure du calcanéum dans un autre.

La correction immédiate a été satisfaisante, et il a été permis d'en conclure que le principal obstacle au redressement du pied bot varus provient de la position et de la forme vicieuse de l'astragale. La guérison de la plaie opératoire s'est effectuée de la manière la plus simple et la plus régulière, avec une apyrexie parfaite. La forme définitive du pied diffère peu de celle du pied normal. Les points d'appui de la plante sont les mêmes que dans le pied normal légèrement cambré. L'articulation tibio-calcanéenne présente de la solidité et il y a tout lieu d'espérer que la marche s'effectuera dans des conditions satisfaisantes. D'où la conclusion que l'extirpation de l'astragale doit être l'opération de choix dans la plupart des pieds bots varus anciens dont le résultat immédiat est très favorable. Quant au succès de la marche, il est encore réservé, la date des opérations étant trop récente pour l'apprécier. (*Soc. de méd. de Nancy*, 12 juin, et *Revue méd. de l'Est*, n° 16.)

**THÉRAPEUTIQUE.** Ses progrès ont été promulgués officiellement par le docteur Shoemaker, dans son *Address* au dernier meeting annuel de l'Association médicale américaine, par l'énumération des nouveaux remèdes suivants :

La *kairine*, comme antipyrétique ;

La *paraldéhyde*, comme hypnotique;

Le *jéquirity*, comme ophthalmique;

Le *bromure de nickel*, comme sédatif sans dépression;

Le *salicylate de bismuth*, contre la diarrhée et la fièvre typhoïde;

La *nitroglycérine* contre l'albuminurie ;
Le *chlorure d'or et de sodium*, contre la même maladie.

Après cette énumération, il faut tirer l'échelle. De tous ces nouveaux remèdes, prétendus spécifiques, combien auront subi favorablement l'épreuve de l'expérience dans dix ans en restant dans la pratique? Avec la méthode actuelle de proclamer les vertus thérapeutiques d'un nouvel agent après son analyse chimique et son expérimentation sur quelques grenouilles, cobayes ou lapins, avec un ou deux essais dans les hôpitaux, on a peu de chance de le voir passer à la postérité. De là le discrédit de la kairine par son action toxique sur les éléments figurés du sang. (Voy. SANG.) En adoptant trop vite ces prétendus spécifiques, sur les promesses faites devant les Académies et les Congrès, les praticiens s'exposent à des échecs, des insuccès, sinon des malheurs. Il est plus sûr de s'en tenir aux propriétés des anciens remèdes, consacrés par l'expérience, que de tenter l'aventure pour ceux qui sont encore imparfaitement connus. Les propriétés toxiques de la plupart des précédents ne permettent surtout d'y recourir qu'avec réserve.

Le *jéquirity*, en particulier, d'après les expériences faites par l'auteur sur son action topique contre les affections ulcéreuses de la peau : le lupus, la scrofule, le chancre et d'autres ulcérations, ne paraît pas devoir rester longtemps dans la thérapeutique ophthalmologique, s'il agit avec tant d'intensité. Il détruit les bourgeons charnus et toutes les granulations, comme les caustiques, et provoque un développement rapide de tissus sains. Il serait ainsi applicable sur la plupart des ulcérations cutanées de mauvaise nature : scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique, qu'il modifie et transforme rapidement, comme cinq exemples en sont relatés. Mais son infusion doit être employée avec la plus grande réserve par l'inflammation érysipélateuse et les troubles constitutionnels en résultant chez certains individus irritables. C'est donc là un nouveau et large champ dévolu à l'emploi de cet agent actif. (*Lancet*, 2 août.)

Le *sublimé*, dont l'auteur fait le meilleur spécifique en

injections sous-cutanées contre les syphilômes, n'est pas même signalé. (Voy. SYPHILIS.) Si ce médicament est ancien, ses nouvelles propriétés d'antisepticité supérieure, proclamées par Lister cette année, sont assez récentes pour mériter cette mention honorable. (Voy. ANTISEPTIQUES.)

Il en faudrait joindre bien d'autres encore à cette énumération, pour être exact. Telle la *cocaïne* méritant le premier rang; la *paraldéhyde* dont les applications ont été jusqu'ici plus expérimentales que thérapeutiques; l'*antipyrine*, nouvel alcaloïde oxygéné dérivé de la quinoline et retiré par synthèse des éléments du goudron de houille. Comme antithermique, il semble supérieur à tous les autres. Essayé par le docteur Huchard, ce serait un médicament d'avenir. (*Bull. général de thérap.*, décembre.)

M. Huchard a de même employé avec avantage le *viburnum prussifolium* contre la dysménorrhée et l'*hydrastis canadensis* dans la ménorrhagie. Dix gouttes toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée d'un mélange à parties égales de la teinture de ces deux plantes lui ont donné les meilleurs effets contre ces maladies. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, décembre.)

A la *caféine*, dont les préparations et l'emploi prennent un grand développement en Allemagne en remplacement de la digitale, vient de succéder la *tétano-cannabine* à la place de l'opium. Contre l'insomnie complète ou partielle rebelle aux opiacés et à la morphine, cette nouvelle préparation a donné des résultats sédatifs et hypnotiques en une demi-heure à 37 malades sur 63 qui en avaient fait usage contre diverses maladies. (*Bull. de thérap.*)

Il suffit de citer les autres préparations nouvelles, comme le salicylate de fer, sel pourpre et insoluble, l'acide iodhydrique en sirop, le sirop de bromure de nickel, l'huile saccharifiée et tant d'autres excentricités pharmacologiques employées à l'étranger et que l'on tente d'importer en France avec force éloges dont la place est aux réclames ou aux annonces.

Tout autrement procède M. Dujardin-Beaumetz dans ses nouvelles conférences de thérapeutique à l'hôpital Cochin, en prenant pour sujet l'histoire des grandes découvertes depuis cinquante ans. Cette garantie d'un demi-siècle d'épreuve permet de parler en parfaite connais-

sance de cause. La première de ces conférences sur l'anesthésie peut ainsi en donner une histoire complète, exacte, positive, résumée avec ses différents procédés et en éliminant tous les agents indûment préconisés à cet effet. (*Idem*, juillet.)

De même des indications suivantes, sur le moment précis à choisir pour l'administration des médicaments, empruntées au *Medical progress*. Règle générale, les agents localement irritants doivent être pris immédiatement après le repas, comme les sels de fer, de cuivre, de zinc et d'arsenic à haute dose, contrairement aux petites doses de ceux prescrits pour agir sur les extrémités stomacales des nerfs vagues. Ceux-ci doivent être pris à jeun, à moins que des considérations chimiques ne dirigent le médecin. L'oxyde et le nitrate d'argent, donnés en vue de cette action topique, doivent être administrés pendant le repos de l'estomac. L'iode et les iodures en sont le type. Pris autrement qu'à jeun, ils seraient altérés, modifiés, décomposés, en présence de l'amidon et des acides de la digestion et resteraient ainsi sans effet. Les conditions de plénitude dans lesquelles se trouvent les radicules du système absorbant, pendant la période de la digestion, sont aptes à retarder l'absorption et la diffusion trop rapide de certains poisons violents. On devra mettre ces mêmes conditions à profit, lorsqu'il s'agira de faire prendre des médicaments actifs à des doses thérapeutiques limitées.

Quant aux acides, s'ils sont prescrits en vue de combattre l'acidité des sucs gastriques, on devra les donner avant le repas, car, en vertu des lois de l'osmose, ils détermineront un écoulement plus abondant du produit de sécrétion des glandes et des constituants alcalins du sang qui fournit les matériaux de cette sécrétion.

S'agit-il de combattre l'acidité du suc gastrique par les alcalins, il faut les donner pendant les repas; mais s'agit-il d'obtenir leur diffusion dans le sang en dehors de l'action qu'ils pourraient avoir sur la composition du suc gastrique, il faut les faire prendre à jeun. Il est clair qu'un alcalin pris au moment du repas, lorsqu'il faudrait conserver au suc gastrique son acidité physiologique, ne peut qu'entraver le processus de la chymification. On se rappellera que les sels métalliques, et notamment le sublimé corrosif, l'alcool,

le tannin et quelques autres agents médicamenteux, altèrent ou détruisent le ferment et le pouvoir digestif de la pepsine; on devra donc les donner à jeun. Ceci ne s'applique pas au vin pris en quantité modérée et à doses fractionnées, mais aux liqueurs riches en alcool; les vins ordinaires et en particulier les vins médicamenteux ne sont pas assez alcooliques pour agir d'une façon nuisible sur la pepsine. Le fer, les phosphates, l'huile de foie de morue, le malt et les agents similaires doivent, en règle générale, être pris avec les aliments et pénétrer la masse du sang en même temps qu'eux pendant le processus de l'absorption.

*Salicylate de soude.* Son emploi fréquent et à hautes doses contre le rhumatisme paraît avoir une contre-indication positive chez les femmes enceintes. Comme le sulfate de quinine, il porte son action sur l'utérus et y détermine des congestions, des hémorrhagies qui peuvent être fatales à la grossesse. Il a été utilisé ainsi pour ramener l'écoulement menstruel. Voy. Grossesse.

*Méthodes thérapeutiques.* A l'*Art de prescrire*, le professeur Grasset, de Montpellier, a fait succéder la première leçon de son cours de 1883 sur ce sujet. Son aperçu historique vise surtout la méthode des systématiques, dont Brown et Broussais, comme Hahnemann, ont été les représentants les plus célèbres. Les thérapeutistes contemporains, qui exagérant l'expérimentation sur les animaux, veulent déduire toute la thérapeutique des actions physiologiques, sont encore des systématiques, tandis que la vraie méthode prend la clinique pour base, à l'exemple d'Hippocrate et de ses successeurs. Et réfutant par l'analyse les méthodes de Barthez, qui le premier s'en est écarté, et dont l'exposé forme la partie principale de cette leçon, son continuateur les réduit à l'*analyse chimique* par la raison que seule, elle fait poser les indications; celles-ci suggèrent la méthode ou médication qui suggère l'agent. Elles sont résumées dans le tableau suivant.

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Naturelles* | expectante | | |
| | agissante | pharmacologique. | |
| | | chirurgicale. | |
| *Perturbatrices* | jugulation | | |
| | métasyndrise | aiguë | pharmacologique. |
| | perturbation | chronique | hygiénique. |
| *Imitatives* | pharmacologique. | | |
| | chirurgicale. | | |
| *Spécifiques.* | | | |
| *Neutralisantes, modificatrices directes* | | | pharmacologiques. |
| | | | chirurgicales. |

L'École de Montpellier n'a donc pas varié. Quoique fassent ses plus jeunes et habiles professeurs pour se rapprocher du positivisme régnant, ils retombent dans la métaphysique. Tradition oblige ; ils n'y peuvent échapper. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

*Étude thérapeutique des médicaments modernes*, par le docteur Gomez de la Mata, fondateur de la Société espagnole de thérapeutique, traduit sur la seconde édition par le docteur A. Delétrez, 1 vol. in-8° de 359 pages, Louvain et Paris, 1884.

Tous les efforts sérieux et honnêtes faits dans un but thérapeutique doivent être encouragés comme étant l'objet essentiel de la médecine. Devant l'industrialisme ignorant et éhonté qui se déguise sous ce titre, ce livre mérite l'attention par son caractère scientifique, sans aucune trace de réclame. Il expose les principaux travaux faits sur les nouveaux médicaments doués d'une certaine valeur et introduits dans la thérapeutique depuis une vingtaine d'années. Leur nombre s'élevant à une trentaine seulement avec leurs dérivés, indique un choix raisonné parmi la foule de préparations indigestes qui offusquent le regard sur la quatrième page de tous les journaux. Sans les énumérer, il suffira de dire que l'*iodoforme* et ses préparations occupent 12 pages, le *chloral*, 15, l'*acide salicylique* et les salicylates, une trentaine, le *jaborandi* et son alcaloïde, jusqu'à 70, pour indiquer que la plupart sont simplement énoncés, comme l'*apomorphine* et le *jéquirity*.

Une inégalité choquante en résulte pour quelques-uns quant à leur emploi et leur importance. Qui ne sait les

nombreuses observations et les expériences faites déjà sur cette dernière substance et comment ne pas indiquer, sans injustice, la valeur de l'apomorphine par son action vomitive sûre et instantanée contre certains empoisonnements où l'expulsion immédiate du poison de l'estomac est le point essentiel. Le salut de la victime n'est souvent dû qu'à l'emploi de cet agent, bien au-dessus de l'émétique et l'ipéca en pareil cas. L'occlusion de la bouche lui donne surtout une indication toute spéciale par son action hypodermique.

Le défaut d'annotations, d'ajouts à cette traduction, la rend ainsi incomplète comme l'original l'était lui-même. On n'y trouve aucune indication sur l'aconitine, la caféine, la pelletiérine et tant d'autres nouveaux alcaloïdes précieux, enregistrés dans ce Dictionnaire, pas plus que la kairine toute récente. La critique en est aussi absolument absente et, malgré la double correction de l'auteur et du traducteur, beaucoup de noms sont estropiés de manière à être méconnaissables dans un livre qui en contient tant. Ce sont là des défauts regrettables dans une édition française qui compte de nombreux *errata*. Si, quant au fond, chacun fait ce qu'il doit en faisant ce qu'il peut pour un but utile et honorable, la forme ou facture doit toujours en être irréprochable. Ce n'est pas tout à fait le cas de celle-ci.

*Nouveau formulaire magistral*, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, président d'honneur de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. 25e édition, collationnée avec le nouveau Codex, revue et augmentée de formules nouvelles et d'une note sur l'alimentation dans le diabète sucré. 1 vol. in-32, de 684 pages, Paris, *Librairie F. Alcan*.

Annoncer ce livre, c'est en faire l'éloge, car tous ceux qui ont paru depuis son début, sont calqués sur son modèle; il leur survit, comme son auteur, sans en être le moins du monde ébranlé. Il continue ses succès en enregistrant les progrès de chaque année, sans vieillir. C'est le propre des bons livres de se rajeunir en vieillissant. On les apprécie d'autant mieux qu'ils sont plus anciens et vénérables. Celui-ci marque la plus longue période de la

thérapeutique et de la pharmacologie. On peut établir en le compulsant, d'après les auteurs des formules, les changements qui se sont graduellement accomplis, autant dans l'art de formuler que dans les médicaments. C'est là son caractère particulier.

**Thérapeutique antiseptique.** Nom donné par le professeur Bouchard à celle qui est dirigée spécialement contre les microbes. D'où le nom équivalent d'anti-microbienne. Admettant comme démontré que ces organismes sont la cause positive des maladies infectieuses, il lui paraît rigoureux de diriger des agents propres, non à les tuer comme on l'a dit, mais simplement à s'opposer à leur pullulation. De même que l'antisepsie chirurgicale s'est fondée et existe sur cette supposition, il prétend en faire de même pour les maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, où il a déjà essayé de la réaliser à l'aide du calomel, l'iodoforme et le charbon végétal. (Voy. *année* 1880.) Il se base sur les résultats obtenus pour montrer que l'on peut mieux faire en expérimentant, dans les bouillons de culture de ces microbes spéciaux, les agents propres à empêcher leur prolifération. (*Congrès de Copenhague* et *Revue de méd.*, novembre.)

Cette thérapeutique de l'avenir est donc basée exclusivement sur des suppositions et des hypothèses. Si les microbes sont démontrés dans quelques cas rares, il n'est rien moins que positif qu'ils soient la cause de la maladie, plutôt que ses effets. Ils ne se rencontrent que dans les produits excrémentitiels de la maladie elle-même : le sérum de la pustule maligne, les crachats des phtisiques, les selles des cholériques, etc. Il est donc permis d'en inférer qu'ils sont le résultat de la maladie elle-même.

L'antisepsie chirurgicale n'est pas mieux démontrée. Des chirurgiens ne l'employant pas, mais apportant les plus grands soins de propreté dans leurs pansements, obtiennent les mêmes résultats. C'est en sacrifiant à la doctrine régnante de la panspermie que l'on a primitivement accordé à l'acide phénique la propriété de tuer ces germes. Mais aujourd'hui que ses succédanés sont nombreux et qu'il est supplanté par le sublimé, on ne peut guère admettre cette propriété spéciale pour tant d'agents différents. Ces

germes morbides infectieux sont donc encore plutôt supposés que démontrés ici.

Si l'antisepsie médicale existait, c'est surtout dans la diphtérie, essentiellement contagieuse et infectieuse, qu'elle pourrait s'appliquer avec avantage par des topiques comme sur les plaies. Rien de semblable ne se réalise et, malgré les expériences pour démontrer le microbe, on n'a pas mieux réussi à le rendre apparent que dans la fièvre typhoïde. Ni l'un ni l'autre n'ont trouvé leur spécifique comme la syphilis. Il est bien permis sans doute d'agir dans cette voie, mais rien n'autorise jusqu'ici à dire qu'il existe une thérapeutique antiseptique fondée sur des faits incontestables. Au contraire, les expériences négatives faites à Nancy dans la tuberculose, avec tous les principaux antiseptiques mêlés aux crachats bacillaires, n'ont pas empêché l'inoculation de ceux-ci à des lapins de les rendre tuberculeux. C'est la contre-indication logique des tentatives à faire sur l'homme. Voy. PHTISIE.

**THORACOPLASTIE**. C'est le nom donné à la nouvelle résection étendue des côtes, en vue de provoquer l'affaissement et la rétractilité de la paroi thoracique pour faciliter l'accolement des deux surfaces pleurales et tarir la sécrétion purulente de leurs parois. L'importance et la gravité données à cette opération exigent d'en consigner le nom ici. Voy. EMPYÈME.

**THYROIDECTOMIE**. *Trachéotomie préalable*. Employée par M. Pozzi pour l'excision d'un goître plongeant, cette complication opératoire lui paraît indispensable en pareil cas pour l'anesthésie, la suppression de la dyspnée et l'hémorrhagie veineuse. L'opération ayant duré trois heures et nécessité l'application de plus de 60 pinces à forcipressure, petites et grandes, semble justifier cette mesure de précaution. Cependant l'opéré, âgé de vingt-sept ans, n'en a pas moins succombé à une hémorrhagie secondaire foudroyante, résultant de la section de la thyroïdienne supérieure, à un centimètre de son origine, constatée à l'autopsie.

Elle est rarement possible, au contraire, d'après M. Tillaux, le volume du goître recouvrant ordinairement la tra-

chée. Il en était ainsi dans les cinq cas qu'il a opérés et il faudrait fendre préalablement la tumeur pour arriver à la trachée. Au lieu d'être un adjuvant de l'opération, elle n'en doit être qu'un accident. La trachéotomie a été pratiquée sans le vouloir sur son dernier opéré. Faisant basculer la tumeur, de bas en haut suivant son procédé, il la sépare en dernier lieu de la trachée, découverte seulement à la fin de l'opération. Les anneaux adhéraient si intimement à la tumeur, dans ce dernier cas, qu'ils sont venus avec elle.

Quant à l'anesthésie qui la rend nécessaire, il est de plus en plus disposé à s'en passer. Il la remplace en administrant 4 grammes de chloral quatre heures avant l'opération et 2 centigrammes de morphine un quart d'heure seulement avant de la commencer. Les opérés accusent peu de souffrance et restent assez tranquilles. La trachéotomie préalable n'est indiquée que lorsque la trachée est aplatie en fourreau de sabre et déjetée latéralement, comme dans le cas de M. Pozzi. (*Soc. de chirurg.*, octobre 1883.)

*Dyspnée consécutive.* Cette nouvelle complication tend, avec le crétinisme déjà signalé, à rendre cette opération de plus en plus dangereuse. Une femme portant un double goître volumineux, avec extinction de la voix et dyspnée très intense, fut opérée par M. Schwartz sans aucune complication. Seize jours après, la malade complètement guérie avait la voix éteinte résultant d'une paralysie de la corde vocale gauche.

Cet accident fut rapporté à une névrite des récurrents provoquée par les tiraillements, les contusions, les lavages au fond de la plaie. La section en a même été accusée par Krishaber. Mais elle est excessivement rare et la dyspnée, parfois mortelle, ne peut en résulter. Elle est bien plutôt déterminée par la contraction des constricteurs glottiques, suivant M. Richelot, et la simple contusion du récurrent peut ainsi en être la cause, et non sa section. Une fille de vingt ans, opérée à l'Hôtel-Dieu d'une tumeur peu volumineuse de la thyroïde par M. Richelot, fut prise d'une dyspnée intense à son réveil anesthésique. Elle augmenta au point de devenir mortelle en trente-six heures. L'autopsie ne décela rien sur les gros vaisseaux ni les organes de la respiration, mais l'un des récurrents était complètement

sectionné et l'autre était compris dans une ligature.

Plusieurs cas semblables lui font conclure qu'il faut être circonspect dans les manœuvres d'extirpation de la thyroïde, surtout au voisinage des récurrents. Au lieu de lier le pédicule en masse, les vaisseaux doivent l'être séparément pour mieux le respecter. Ce n'est donc plus là une extirpation bénigne, à faire par simple coquetterie. (*Soc. de chir.*, 13 novembre.)

Ces résultats chez l'homme sont contradictoires avec l'innocuité de l'ablation du corps thyroïde chez les animaux, constatée par M. Philipeaux. Après l'avoir démontrée, il y a quinze ans, chez les rats albinos, il a renouvelé l'expérience sur le chien, d'après l'affirmation récente du professeur Schiff qu'elle était mortelle chez cet animal. Or, il n'a rien observé de semblable. Cette ablation passe inaperçue, si des complications étrangères ne viennent s'y joindre. Nouvelle preuve que par son organisation supérieure, l'homme est plus sujet que l'animal à en ressentir les fâcheux effets. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.)

**TRANSFUSION.** Ce mot a changé de signification. Au lieu du sang pur qu'il s'agissait de transfuser directement à l'organisme exsangue, anémié, ce liquide perd tous les jours son crédit avec la méthode, à cause des accidents en résultant. Après lui avoir substitué le sang défibriné, puis le lait, c'est l'eau, plus ou moins chargée de sels alcalins, pour mieux imiter le sérum du sang, qu'il s'agit d'injecter non seulement dans les veines, mais dans le péritoine et le tissu cellulaire. Les injections intra-veineuses des cholériques en ont offert un exemple frappant cette année. (Voy. Choléra). Voilà ce que, par une extension abusive, on appelle aujourd'hui transfusion. L'avertissement était donc nécessaire pour éviter la confusion.

*Sang peptonisé.* Des expériences *in anima vili* ayant montré que les peptones mêlées au sang n'altèrent en rien ses éléments constituants et empêchent sa coagulation à l'abri de l'air, M. Afanassiew a pensé s'en servir pour la transfusion. 3 à 6 centigrammes de peptone par kilogramme d'animal ont pu être injectés dans les veines des chiens, et du sang artériel, coulant à l'abri de l'air dans une

solution de peptone, a servi à la transfusion chez ces animaux. Avec l'appareil Roussel, 400 centimètres cubes de sang ont pu être transfusés, contenant un quart de la solution peptonisée. C'est beaucoup plus qu'avec le sang ordinaire. (*Acad. des sc.*, mai.)

*Transfuseur Dieulafoy.* Il appartenait à l'ingénieux inventeur de la seringue aspirante de simplifier l'instrument servant à la transfusion du sang. Il la pratique directement de bras à bras, en plaçant entre la personne qui donne le sang et celle qui le reçoit, couchées ensemble, un corps de pompe aspirante et foulante, muni en haut et en bas de tubes en caoutchouc pour conduire de l'une à l'autre le liquide vivant à l'abri du contact de l'air. L'extrémité de chaque tube est munie d'un trocart filiforme servant à ponctionner les veines de chaque sujet, gonflées préalablement, comme dans la saignée, par l'application d'un tour de bande caoutchouquée au-dessus du siège de la piqûre.

On commence toujours l'opération par le malade qui doit recevoir le sang. Sans incision, la veine est ponctionnée dans le sens du courant du sang avec le trocart du tube supérieur. En retirant l'aiguille ou dard, on constate par le jet du sang que la canule est dans la veine; on la bouche aussitôt en la poussant à fond et l'on enlève la ligature. Au contraire, chez celui qui donne le sang, le trocart est introduit dans le sens opposé à la circulation et, le poinçon retiré, on adapte la canule au cordon inférieur de l'appareil, en laissant la bande appliquée sur le bras.

Le piston attire le sang dans le corps de pompe, et, à l'aide du jeu de deux boules faisant office de valvules, il est chassé dans une chambre en verre placée au-dessus. Dès qu'elle est remplie, le tube fixé au-dessus étant adapté au trocart transmet ainsi le sang dans la veine du malade. La manœuvre est lente et chaque coup de piston aspire et envoie 10 grammes de sang. 120 grammes sont aisément transfusés en quelques minutes. La manœuvre est beaucoup plus simple qu'avec les précédents transfuseurs. L'absence de dénudation de la veine prévient toute complication et n'exige aucun pansement. Il suffit de retirer le trocart filiforme pour que l'ouverture se ferme en la comprimant durant quelques minutes avec une éponge phéniquée. Lors

même que l'air pénétrerait accidentellement dans le corps de pompe, il s'élèverait au sommet du réservoir du sang et ne peut ainsi être injecté dans la veine transparente, pas plus qu'il ne peut y être refoulé en bas. Aucun accident n'est donc à craindre de ce fait. (*Acad. de méd.*, janvier.)

En voici les applications : un homme avait des épistaxis si répétées qu'arrivé à un épuisement complet, la ligature des carotides s'imposait. Une seule transfusion de 120 grammes de sang les arrêta complètement en agissant comme hémostatique. Elle a eu une influence également salutaire sur les accidents urémiques de trois brightiques, en les enrayant d'une manière plus ou moins durable, suivant la nature et la durée des lésions. Elle est pourtant restée inefficace chez un diabétique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 janvier.)

Ces bons effets hémostatiques ont été confirmés par les docteurs Bompar et Dulac chez un brightique de vingt-six ans qui fut pris d'une angine phlegmoneuse le 1er janvier. Tous les accidents s'accentuèrent rapidement avec urines sanguinolentes, congestion et œdème pulmonaire, malgré des ventouses sèches et le régime lacté. Des hémoptysies surviennent à la fin du mois, puis des hématémèses si abondantes que le malade tombe en syncope. La mort étant imminente le 30, la transfusion de 60 grammes de sang est pratiquée par le professeur Oré avec son transfuseur. Une amélioration y succède le lendemain, et, huit jours après, les hémorrhagies étaient définitivement arrêtées. Le malade s'alimentait et malgré des urines albumineuses, ce fut une véritable résurrection. (*Gaz. hebdom.*, n° 9.)

**Transfusion hypodermique.** En montrant que l'*hypodermie*, par les nombreuses applications qu'il en a faites, est une méthode thérapeutique préférable à toute autre par sa rapidité d'action et la réduction des doses sans altération possible du médicament, le professeur Luton, de Reims, est amené à la substituer à la transfusion directe du sang dans les veines, et surtout aux injections intra-veineuses de solutions salines très abondantes. Une simple injection de 5 à 10 grammes d'une solution au 10e de sulfate de soude dans l'eau distillée, faite dans une partie charnue du corps, comme la face postérieure de l'avant-bras ou les fos-

settes de la hanche, en avant et en arrière du grand trochanter, lui paraît suffisante. Il en donne la preuve par les effets surprenants qu'il en a obtenus chez une femme dyspeptique, extrêmement émaciée et qui vomissait tout, même le lait. Elle est maintenue dans un état satisfaisant depuis cinq ans, en renouvelant cette petite opération innocente tous les trois mois environ. Telle est sa transfusion hypodermique équivalant à une simple piqûre de morphine.

Il propose de la substituer aux injections abondantes et le plus ordinairement mortelles chez les cholériques. Une femme de trente-huit ans, surmenée par les vendanges, entrait froide et cyanosée, le visage grippé, le nez pincé, à l'Hôtel-Dieu, à la fin de septembre dernier, accusant des crampes et des coliques. Lèvres violettes, voix éteinte, absence d'urine. Vomissements répétés de tout ce qu'elle buvait; pas de diarrhée.

Sans autre traitement que la glace, une injection de 5 grammes de la solution précédente fut pratiquée très profondément à la hanche droite. Dès le lendemain, sans autre réaction apparente, il y avait réchauffement total avec face rosée, voix perceptible, urines revenues. Le surlendemain, elle demandait à manger.

Cette même solution, augmentée de 5 grammes de phosphate de soude cristallisé, lui paraît constituer le meilleur sérum artificiel pour ces transfusions hypodermiques à 5 grammes au minimum chaque fois contre toutes les maladies d'épuisement : dyspepsie, hémorrhagie, flux excessifs et persistants, etc., etc. Il croit même que l'arsenic, sous cette forme, serait plus utile que les toniques contre la tuberculose pulmonaire en agissant comme parasitaire. 10 centigrammes en injection hypodermique, comme il la pratique, lui semble devoir être le remède où les phtisiques trouveront leur plus grand soulagement. (*Arch. de méd.*, décembre.)

**Transfusion péritonéale.** Réalisée par Ponfick le premier en 1879 et confirmée depuis par quelques succès en Allemagne, cette transfusion a été étudiée expérimentalement par le professeur Hayem, surtout pour vérifier ce fait avancé par M. Grenet : que le sang déposé dans le péritoine était repris par les lymphatiques de la séreuse et qu'aussitôt

arrêté dans les ganglions mésentériques, les globules s'y détruisaient. C'était donc le discrédit de ce mode de transfusion, puisque le sang transfusé ne parvenait pas intact dans les vaisseaux.

En injectant dans le péritoine du chien une quantité de sang complet, égale au 30e du poids du corps de l'animal, l'absorption a été presque aussi rapide qu'avec le sang défibriné; elle était complète du troisième au quatrième jour, sans péritonite mortelle ni modification sensible du sang même, fut-il d'animal d'une espèce différente. Aucune altération morphologique appréciable des globules ne s'observe ainsi dans la partie non résorbée après plusieurs jours, tandis que la richesse du sang du transfusé en est augmentée par une pléthore marquée.

L'arrivée directe des globules dans les vaisseaux a été constatée d'une manière ingénieuse. Les hématies du chevreau n'ayant qu'un diamètre de 3 à 4 millimètres en moyenne, on a transfusé le sang de cet animal dans le péritoine du chien, dont les globules mesurent plus de 7 millimètres. Rarement il y a péritonite dans ce cas, comme elle arrive dans l'expérience opposée et les petits globules du chevreau se distinguaient ainsi dans les vaisseaux du chien parmi les plus gros. Introduisant ensuite du sang de chien dans le péritoine du chevreau qu'il sacrifiait trente heures après, il a vu les gros globules du chien abonder dans tous les vaisseaux. Le canal thoracique était rempli d'une lymphe fortement colorée en rouge et contenant de nombreux globules rouges de chien et très peu de chevreau. Si donc l'absorption est prouvée par le système lymphatique, il est à prévoir qu'elle s'opère directement pour le système sanguin. (*Acad. de méd.*, 25 mars.)

**TRAUMATISME.** Son influence prend une importance croissante dans l'étiologie des maladies. Tandis que le professeur Verneuil accorde une gravité spéciale aux moindres opérations pratiquées chez les diathésiques : cancéreux, diabétiques, impaludiques, rhumatisants, syphilitiques, tuberculeux notamment, M. Charcot en montre les effets sur les affections nerveuses, comme le professeur Potain sur l'insuffisance aortique. Son action paraît aussi déterminante sur les accidents tabétiques et sur la contracture chez les

hystériques. Voy. Ataxie locomotrice, Hystérie, Insuffisance aortique, Kystes hydatiques.

Elle est surtout rendue manifeste dans les tumeurs malignes, d'après le docteur E. Schwartz. Il enlève le 15 septembre 1883, trois mois seulement après son apparition, une tumeur cancéreuse du sein droit, grosse comme un œuf de pigeon, chez une femme de quarante-six ans, sans aucun signe appréciable de cachexie que de l'amaigrissement. Fièvre assez forte le lendemain, qui ne tombe pas les jours suivants, malgré la suppuration. Le 19, ictère prononcé qui s'accentue et prend la teinte olivâtre de plus en plus foncée, et, malgré le sulfate de quinine, l'opérée succombe le 2 octobre. L'autopsie montra un foie de 2,800 grammes atteint de cancer secondaire resté latent, malgré un examen minutieux de la malade avant l'opération.

De même, chez un garçon de vingt-huit ans dont le testicule droit, douloureux depuis deux ans, était gros comme un œuf d'oie, de 8 centimètres de long sur 5 d'épaisseur, et bosselé, sans ramollissement; cordon et prostate intacts ainsi que les poumons. Castration pratiquée le 1er septembre montrant un sarcome à petites cellules. L'opéré était guéri dix-sept jours après, mais en se plaignant de douleurs lombaires vives depuis deux jours. La palpation décelait une tumeur profonde du bassin, difficile à délimiter. Il sortit néanmoins de l'hôpital et ne reparut plus. C'était probablement encore un cancer secondaire des ganglions lombaires. (*Revue de chir.*, octobre.)

*Rapports avec le lipôme.* La fréquence bien connue du lipôme de la nuque chez les forts de la halle et de l'épaule gauche chez les garçons meuniers, marque cette influence du frottement. Mais la dégénérescence consécutive du lipôme en cancer, sous la même influence, est moins connue et mérite d'être justifiée par l'exemple suivant du docteur Lardier. Une femme portait un lipôme de la région fessière depuis plus de trente ans, lorsqu'il commença à être douloureux et devint fluctuant, violacé, puis offrit les caractères du sarcome. Opéré, il entraîne la mort en quelques semaines pour justifier sa malignité et le diagnostic de l'une et l'autre affection. (*Revue méd. de l'Est.*)

Son influence sur les affections rénales paraît aussi

résulter du fait suivant observé à l'hôpital Saint-Léon, de Nancy, par le professeur Weiss. Un garçon de vingt-neuf ans, d'une santé toujours bonne en apparence, est apporté le 9 novembre avec un broiement du pied et de l'extrémité inférieure de la jambe qu'il vient de subir dans une mine. Amputation immédiate au lieu d'élection par la méthode circulaire. Les tissus étant infiltrés de sang, la réunion immédiate est contre-indiquée et, après un lavage phéniqué, le pansement ouaté est appliqué.

L'opéré, qui avait perdu beaucoup de sang, paraît d'abord se remonter. Malgré l'apyrexie, il se plaint d'une douleur persistante sur la crête du tibia. Le bandage enlevé découvre un phlegmon partiel à peu près disparu le 20 novembre après le second pansement.

Mais bientôt des phénomènes inflammatoires se réveillent subitement, suivis de vomissements, frisson et fièvre avec 40° de température, dyspnée intense, douleur sous les fausses côtes gauches, correspondant à quelques râles sous-crépitants fins. Des boissons chaudes et un vésicatoire ont raison de ces accidents; mais la cicatrisation du moignon reste stationnaire, avec deux surfaces ulcéreuses d'un mauvais aspect, sans tendance à la réparation.

Cet état persiste pendant deux mois, avec retour alternatif des accidents inflammatoires précités, sans pouvoir en découvrir la cause. Les urines sont examinées et l'on y constate du pus en abondance avec des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens et un gramme et demi d'albumine par litre. Une lithiase rénale était le corps du délit, car le malade reconnut avoir rendu du sable dans son urine depuis son accident, et l'expulsion d'une concrétion calculeuse vint la confirmer. Le régime lacté exclusif amena bientôt l'amélioration du blessé et de son moignon, et, huit jours après, la plaie se cicatrisait. L'albumine et le pus diminuèrent rapidement et la pyélo-néphrite développée par le traumatisme était en voie de guérison. (*Idem*, n° 6.)

**TUBERCULOSE.** Elle n'est plus limitée à ses anciens caractères cliniques; le bacille microscopique et coloré en est devenu le signe spécifique et inoculable. Partout où il se rencontre, l'étiquette de tuberculose est invariablement appliquée : scrofule, strume, lupus, arthrites fongueuses,

ulcérations, etc., etc. Toutes ces affections distinctes sont actuellement assimilées à la phtisie pulmonaire. Comme la syphilis, cette diathèse est devenue un Protée unique dans sa diversité et dont la spécificité est reconnaissable à son inoculabilité et sa contagiosité. D'où l'indication de ce titre générique pour en montrer les analogies et les différences avec son principal type, surtout au point de vue de la contagion.

*Transmission aux poules.* Dans un pensionnat de jeunes filles, en Allemagne, mourut, en mars 1883, une élève phtisique, malade depuis plus d'une année. Elle prenait plaisir à donner la becquée aux poules pendant sa maladie, en plaçant entre ses lèvres du pain, des graines et des débris d'aliments mâchés et souillés de ses crachats. De plus, on vidait son crachoir sur le fumier de la basse-cour où les poules venaient en picorer avidement le contenu.

Un coq et une poule de l'établissement, morts durant l'été de 1882 dans un état de maigreur et d'affaiblissement extrême, attirèrent l'attention. Plusieurs poules tombèrent malades à l'époque du décès de la jeune fille et moururent en présentant des tubercules dans le foie et d'autres organes. En septembre 1883, d'autres poules périrent de la même façon; le foie était criblé de tubercules où se rencontrait le bacille tuberculeux. Le poulailler perdit ainsi dix de ses habitants.

Ce fait est d'autant plus curieux et concluant en faveur de la contagion, que la poule est considérée comme réfractaire , d'après les expériences d'inoculation du docteur H. Martin. La commensalité des chiens et des chats, morts après avoir avalé des crachats de phtisiques, ne serait donc plus à invoquer si cette inoculation par les voies digestives se confirme. (*Revue d'hygiène.*)

*Transmission par le lait.* En vertu même du danger regardé comme très réel de faire téter au nourrisson le lait d'une femme tuberculeuse, même de sa mère, il est admis que le lait des animaux tuberculeux, bu sans être bouilli, peut transmettre cette maladie par le microbe, ses germes ou spores. Il n'en existe pas de preuves directes, positives; mais la contagion jouit actuellement d'un si

grand crédit, qu'en vertu même de la réciproque, l'enfant et l'homme sont regardés comme étant susceptibles de la contracter des animaux par les produits dont ils se nourrissent, au même titre qu'ils la transmettent dans leurs déjections aux poules. La viande, le sang, le lait des animaux contaminés, n'ayant pas subi la cuisson voulue, sont considérés comme dangereux sous ce rapport. On ne dit pas encore si les œufs en sont aussi susceptibles; mais c'est probable, puisque, d'après la doctrine pastorienne, des microbes peuvent se rencontrer à l'intérieur comme cause de leur putréfaction.

Le lait, souvent bu sans être bouilli, est surtout incriminé à cet égard. A défaut de pouvoir en faire la preuve directe, positive, le docteur H. Martin a cru mettre le fait en évidence par ses inoculations en série. (Voy. SCROFULOSE, 1882). Il va donc acheter au hasard le *lait vendu à Paris* sous les portes-cochères par des laitières de la campagne, comme il se débite le matin pour servir en si grande abondance à l'alimentation des Parisiens. Au lieu de le faire boire à ses petits pensionnaires, lapins ou cobayes, l'expérience ayant déjà été tentée sans succès, il en injecte un gramme dans le péritoine de plusieurs cobayes qui en crèvent dès le lendemain ou le surlendemain par la péritonite en résultant. Mais en l'additionnant d'eau salée, le lait n'est plus aussi toxique; l'animal inoculé survit sept mois et présente à l'autopsie des granulations miliaires sur l'épiploon et des tubercules jaunâtres. D'où la tuberculose confirmée par l'inoculation de ces lésions à d'autres animaux, successivement et en série, et donnant des résultats uniformes. (*Revue de méd.*, février.)

Sur 9 inoculations semblables, 3 seulement se sont montrées positives, et c'est avec ce maigre résultat que le jeune et enthousiaste expérimentateur prétend avoir montré le danger de la consommation de ce lait par la population, quant à la transmission possible de la tuberculose. Quel rapprochement faire entre ces injections à un chétif et maigre cochon d'Inde et l'estomac de l'homme et même de l'enfant? Il est d'ailleurs notoire que ce lait est rarement consommé sans être bouilli, et dès lors, tout danger disparaît avec cette précaution pour l'hygiène publique. Ces nouvelles expériences n'ont donc, pas plus que les précédentes,

rien qui puisse démontrer la nocivité du lait des animaux pour la transmission de la tuberculose à l'homme.

Elle est si peu redoutable qu'elle ne réussit même pas toujours sur les grands animaux de la race bovine. M. Colin, d'Alfort, l'a démontré par des expériences décisives, en introduisant dans le tissu cellulaire une goutte de pulpe avec une lamelle mince de tubercule prise sur un animal tué récemment. Une tumeur locale se forma et se développa bientôt; en quinze jours, elle s'ouvre et s'ulcère; une caverne se forme, contenant de la matière caséeuse. Mais tout en ressemblant au tubercule pulmonaire, cette inoculation peut s'arrêter et guérir sur place sans infecter l'organisme. C'est par exception que le ganglion lymphatique le plus rapproché étant atteint, les vaisseaux qui en émanent charrient le virus ou plutôt le microbe et infectent tout le corps; mais ce résultat n'est pas fatal. (*Acad. des sciences*, 15 décembre.)

L'inoculation accidentelle de l'homme est infiniment plus rare ; c'est à peine s'il en existe quelques exemples authentiques. Elle serait particulière aux médecins se livrant aux autopsies des tuberculeux.

Tel, le cas observé par M. Verneuil sur un médecin de province qui, en juillet 1877, était chargé comme interne des autopsies à l'hôpital Trousseau. Une papule en résulta à la base de l'ongle du troisième doigt dont il ne put se débarrasser, malgré les cautérisations répétées. Une ulcération se forma, puis la phalange se prit et, après trois ans, le doigt dut être amputé par M. Verneuil. Depuis, de nouveaux abcès froids se sont montrés dans la région lombaire avec des mouvements convulsifs cloniques du membre primitivement atteint. D'où la conviction qu'il s'est inoculé la tuberculose en pratiquant une autopsie, comme Laennec en mourut.... vingt ans après. (*Acad. de médecine.*)

Ces faits peuvent sembler probants avec les doctrines régnantes, mais sans démonstration plus positive que la contagion directe de la phtisie entre époux. Pour un cas vraisemblable, combien de contradictoires ? (Voy. PHTISIE.) L'auto-inoculation est bien plus admissible en présence des nombreuses tuberculoses d'abord localisées, finissant par envahir tout l'organisme. L'exemple suivant en montre surtout le danger.

*Ulcère tuberculeux de l'avant-bras.* Quatre ans après l'ouverture d'un panaris, chez un tuberculeux, il se développa une lymphangite consécutive qui donna naissance à un ulcère au bord cubital de l'avant-bras gauche, à 3 centimètres au-dessus du poignet. Quoique ne répondant pas au type classique par ses caractères extérieurs, sa nature a été mise en évidence pendant la vie par le docteur Hanot, en constatant le bacille tuberculeux dans le pus. Il fut de même trouvé en quantité considérable dans les coupes histologiques pratiquées après la mort, comme des préparations micrographiques l'ont démontré. C'est donc une contre-épreuve à faire dans les cas analogues, à moins qu'une auto-inoculation accidentelle ait eu lieu dans celui-ci. (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 février.)

*Examen simplifié du bacille tuberculeux.* Devant les nombreux procédés déjà connus pour constater la présence du *corpus delictum*, le suivant se distingue par sa simplicité. Une mince couche du liquide incriminé, pus ou crachat, étant étendue sur la lentille du microscope, le docteur Hartzel la passe lentement à la flamme de l'alcool qui le sèche en une ou deux minutes. On verse alors dessus une ou deux gouttes de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Acide phénique..... | 15 gouttes. |
| Eau distillée..... | 15 grammes. |
| Solution alcoolique saturée de fuschine.... | 2 grammes. |

Après trois à cinq minutes de contact, le verre est lavé à l'eau distillée pour enlever l'excès de fuschine et la plaque du crachat complètement décolorée avec une solution saturée d'acide oxalique. Lavé de nouveau et mis à sécher, le verre est prêt à être monté dans la glycérine ou le baume pour l'examen. Avec un grossissement de cinq à six cents diamètres, le bacille paraît brillant en baguettes rouges, sans aucune autre préparation.

En substituant l'acide oxalique à l'acide nitrique comme décolorant, on ne court pas le risque de faire disparaître le bacille ni de le déformer sous l'action corrosive de celui-ci. L'acide oxalique semble le laisser intact. (*Philadelphia med. Times*, 26 janvier.)

L'*inoculation expérimentale* du liquide suspect dans la

chambre antérieure de l'œil du lapin est encore plus simple. Une fille de sept ans et demi porte une tuméfaction indolente de la paupière avec conjonctivite ayant gagné l'autre œil. Trois mois après le début, consécutif à une fièvre typhoïde, on découvre une petite ulcération sur la conjonctive du tarse ayant toute l'apparence de l'ulcère tuberculeux des orifices muqueux. Quoique exempte de gourme, d'engorgement ganglionnaire et autre manifestation strumeuse et tuberculeuse, sans antécédents héréditaires, l'enfant est chétive et le mal ne guérissant pas, malgré des cautérisations et des lotions antiseptiques, on râcle l'ulcération et ce liquide est introduit dans la chambre antérieure des deux yeux d'un lapin. Douze jours après, des tubercules apparaissent sur l'iris des deux côtés et l'animal, sacrifié 38 jours plus tard, présenta de nombreux tubercules dans les poumons en voie de transformation caséeuse. (*Gaz. hebdom.*)

Est-ce là une preuve de la nature tuberculeuse de l'ulcération ? On serait tenté de l'admettre, et cependant le liquide, examiné au Collège de France, était exempt du bacille spécifique. Comment donc expliquer son action contagieuse sur le lapin? Tout est ainsi obscur et contradictoire dans ces expériences.

*Identité avec la scrofule.* On a vainement essayé jusqu'ici de la démontrer, quoique rien ne parut plus facile après la découverte du bacille tuberculeux. Il devait se rencontrer dans les abcès froids, les adénites scrofuleuses, les ulcérations du lupus et toutes les scrofulides malignes et ulcéreuses, de même que les tumeurs blanches, les synovites fongueuses, les caries, les spina bifida et tant d'autres manifestations morbides restées invariablement sur la limite scrofulo-tuberculeuse, sans confusion possible.

A défaut de ce réactif, le bacille n'existant pas toujours ni même ses spores dans la tuberculose zooglœique par l'impossibilité de le colorer, on a supposé qu'il s'y trouvait en germe latent. Pour le prouver, le docteur H. Martin a recours au critérium expérimental. Seul, il lui paraît susceptible aujourd'hui de délimiter le domaine respectif de la tuberculose et de la scrofulose, dit-il. Le tubercule vrai inoculé localement, faisant succomber l'animal après une

ou plusieurs inoculations de tuberculose miliaire généralisée qui se reproduit successivement ensuite sur des animaux inoculés de même, le scrofulome, inoculé dans des conditions identiques, s'il reproduit du tubercule infectieux généralisé, sera démontré être véritablement du tubercule, qu'il contienne ou non le bacille spécifique. Et voilà aussitôt M. Koch dépassé. (Voy. SCROFULOSE, 1883.)

Fondé sur 11 inoculations expérimentales de ganglions scrofuleux provenant d'enfants de Berck-sur-Mer, faites par le docteur Colas et relatées dans sa thèse *(Lille*, 1881), le nouvel expérimentateur en série les renouvelle aussitôt, suivant sa méthode infaillible, pour les rendre plus concluantes et péremptoires, afin de prouver une identité incontestable. Et le voilà inoculant cobayes sur cobayes, jeunes et adultes, avec toutes sortes de matières infectieuses, syphilitiques ou scrofuleuses, des gourmes ou scrofulides superficielles de Bazin, pour avoir le mot de l'énigme.

Malgré les lacunes de ses premières inoculations, il l'obtient avec celles d'un ganglion en dégénérescence caséeuse d'un enfant gourmeux. Et ainsi de beaucoup d'autres relatées avec complaisance et prolixité. Des résultats différents de ces inoculations en série de matières scrofuleuses, prises sur les cadavres de jeunes enfants, il prétend même réformer ainsi les classifications d'un clinicien consommé comme Bazin sur la scrofule et identifier la plupart de ses manifestations avec celles de la tuberculose. Ses scrofulides superficielles de la première période, ayant donné des résultats négatifs, sont seules regardées comme des manifestations précoces de l'arthritisme.

Voilà la nouvelle science remplaçant l'art de guérir et prouvant que la scrofule n'est qu'une expression clinique sans *substratum* anatomique apparent : le scrofuleux étant un tuberculeux, nosologiquement parlant. En faveur de son habitus extérieur, si spécial et différent de celui du tuberculeux, surtout dans la période de consomption, cette science trouve sage de lui conserver sa qualification consacrée par l'assentiment unanime de plusieurs siècles. (*Revue de méd.*, octobre.)

Cliniquement, au contraire, cette contagion se réduit à la proportion suivante, d'après l'observation du professeur Leudet, de Rouen, dont la science et la sincérité sont

patentes. Sur 74 ménages, ayant un conjoint tuberculeux, le survivant est resté indemne après la mort de l'autre dans 69, 13 seulement se sont tuberculisés dont 5 présentaient des antécédents tuberculeux personnels. Restent 8 cas de tuberculisation consécutive, soit par contagion, sur 74 ou 10 0/0 environ.

9 sur 10 échappent donc à la contagion, dans ces conditions les plus graves et prolongées. Dans l'un de ces ménages, par exemple, la femme, reconnue tuberculeuse à vingt-quatre ans par Laennec, fut suivie par le père de M. Leudet et par lui-même jusqu'à quatre-vingts ans, qu'elle mourut après avoir cohabité pendant cinquante ans avec son mari sans le contagionner. Un exemple analogue est signalé par le professeur Péter, c'est celui de ce chirurgien, professeur à la Faculté de médecine de Paris, déclaré tuberculeux à quarante-deux ans par Andral, Chomel et Louis. Il est mort tout récemment à quatre-vingt-treize ans d'une rétention d'urine due à une hypertrophie de la prostate, laissant sa femme lui survivre sans tuberculose. Ces épreux du XIXe siècle, les tuberculeux, contagieux une fois sur dix, peuvent donc ne pas l'être du tout, après une cohabitation de soixante ans!

*Distinction avec la scrofule.* Elle est facile à établir par la présence du bacille tuberculeux. En examinant les tissus morbides et les sécrétions d'affections scrofuleuses, le docteur Kanzler a obtenu les résultats suivants :

Dans 4 cas d'ostéomyélite fongueuse et d'ostéosynovite, les bacilles ont constamment été rencontrés dans les tissus malades.

Dans 31 cas de maladies strumeuses, au contraire, il n'y a eu que 14 résultats positifs contre 199 négatifs, savoir : 2 sur 7 examens de pus des ganglions lymphatiques; 8 sur 13 examens de maladies des os et des articulations; 4 sur 7 cas d'affections de la peau, sans aucun résultat dans les affections des membranes muqueuses du nez ni de l'otite purulente moyenne. Ce n'est donc pas à dire qu'il y ait identité. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janvier.)

Le professeur Peter l'a rendue bien plus évidente, en se plaçant exclusivement sur le terrain de la clinique, dans sa première leçon de rentrée. Mettant en parallèle l'évolution,

les phases de ces deux maladies, il constate que malgré leur nature également générale, attaquant plusieurs tissus, elles se distinguent par des différences radicales dont voici un tableau abrégé :

| | |
|---|---|
| SCROFULE. Début ordinaire dès la première enfance pour disparaître le plus souvent à l'adolescence ou vers la puberté spontanément par l'effet de l'âge, de l'hygiène ou du traitement. | TUBERCULOSE. Début habituel lors de la puberté tardive. |
| Manifestations cutanées et surtout ganglionnaires ; les muqueuses, les os, les viscères pris secondairement à divers degrés, rarement très graves, dégénèrent parfois en altérations amyloïdes et même tuberculeuses. | Localisation la plus fréquente dans les poumons, pouvant s'étendre aux membranes séreuses, muqueuses, aux os et aux viscères. |
| Récidive sous l'influence de la puberté, l'âge critique et la sénilité, mais en restant bénigne et compatible avec la vie et entraînant très rarement la mort. | Mort presque fatale, rapide ou lente. |
| Lésions multiples et diverses. | Lésion unique : le tubercule. |

D'une part, il s'agit donc d'une maladie essentiellement bénigne, guérissant dans l'immense majorité des cas et compromettant rarement la vie dans ses formes les plus graves. Dans l'autre, au contraire, la mort est presque fatale et souvent à bref délai car, dans ses formes les plus bénignes, le médecin peut à peine en enrayer la marche sans en obtenir la guérison.

Ces deux maladies dissemblables sont déclarées identiques, au nom de l'histologie et surtout de l'expérimentation sur les animaux, parce que le même produit morbide, le bacille tuberculeux, se trouve dans l'une et l'autre. L'observation montre en effet qu'un scrofuleux peut devenir tuberculeux ; mais la réciproque n'existe pas : on ne voit jamais

le tuberculeux devenir scrofuleux. L'inoculation même des produits scrofuleux aux animaux ne développe jamais de lésions semblables; elle reste constamment stérile. La scrofule est spéciale à l'espèce humaine; les animaux ne la contractent pas et l'homme ne peut même la communiquer à son semblable; elle n'est pas contagieuse. D'où l'erreur de dire que le pus scrofuleux, inoculé aux animaux, produit du tubercule; il le développe, comme le bacille dans l'organisme de l'animal; en voici la preuve.

On inocule à un cochon d'Inde une goutte de pus aspiré dans l'articulation frappée de tumeur blanche d'un jeune scrofuleux. L'animal tombe malade et meurt; on trouve en l'ouvrant des tubercules et des bacilles. D'où l'on conclut que cet animal, qui ne peut avoir la scrofule en offrant de la tuberculose, ne peut l'avoir contractée que par le pus scrofuleux qui lui a été inoculé; donc ce pus contenait l'élément tuberculeux par excellence, le bacille spécifique. Tel est le raisonnement démenti par le fait, car l'examen antérieur et scrupuleux de ce même pus n'en révélait pas trace, comme un exemple type relaté ci-dessus le confirme. Les tubercules et les bacilles, constatés chez le cochon d'Inde, ne lui ayant pas été inoculés, se sont donc formés dans son organisme et loin d'être la cause de sa maladie, en sont l'effet. C'est lui qui a fait ces produits tuberculeux, comme le scrofuleux a fait les siens.

« Donc le bacille naît dans nos tissus. » Telle est la logique scientifique. Invoquer, pour expliquer ces changements suivant les spontéparistes, des germes, des spores, des granulations existant dans le pus, quoique invisibles aux instruments les plus grossissants comme aux réactifs, n'est que de la théorie systématique et non de la science positive. La foi échappe à toute discussion. On admet des forces latentes dans le monde minéral, pourquoi refuser d'admettre que la puissance merveilleuse et inconnue de la vie a aussi des forces créatrices, une spontanéité vitale donnant lieu à ces changements? La vie n'est qu'une série de combinaisons et de décompositions; on ne vit qu'à la condition de se dépenser et de mourir. « En moi qui vous parle, dit M. Peter, il y a des particules cadavérisées, musculaires, nerveuses, etc., qui seront éliminées, et l'on ne voudrait pas que ces molécules mortes fussent remplacées par de nouvelles

molécules! » Et empruntant à la chimie ses exemples d'isomérie de l'acide tartrique et d'allotropie du phosphore qui montrent dans un corps unique des propriétés différentes, opposées, sous l'action d'agents physiques, il conclut que le bacille peut bien exister dans la scrofule et la tuberculose sans être une même affection, quand l'acide malique qui se trouve dans la poire et dans la pomme ne les empêche pas d'être deux fruits différents.

**Tuberculose chirurgicale.** Sa démonstration n'est plus à faire depuis que Nélaton en a le premier, vers 1840, signalé l'existence dans les os. Mais elle s'est tellement étendue, généralisée, à l'aide du microscope et des réactifs dans les dix dernières années, qu'on la voit partout à mesure que ses caractères augmentent. De là son importance croissante en chirurgie et les succès qui en sont relatés tous les jours. Il sont aussi nombreux et fréquents aujourd'hui qu'ils étaient rares et exceptionnels il y a une vingtaine d'années. C'est un champ tout nouveau de la chirurgie actuelle.

Une revue analytique est faite à ce sujet par le docteur Charvot. Après un rapide historique, offrant l'ensemble de la question, il classe cette nouvelle affection en huit variétés distinctes, d'après le siège localisé de ses lésions sur la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, le périoste, les os, les synoviales, les organes génito-urinaires et les ganglions. Fondée sur la triple base de l'anatomie histologique, l'inoculation expérimentale et la clinique, cette classification n'embrasse que des faits récents comme la doctrine elle-même. Elle est donc sans expérience ni tradition, contrairement au principe de la science. L'école positive actuelle prenant plus souvent ses enseignements au laboratoire où elle fait ses découvertes qu'à l'amphithéâtre et au lit du malade, elle ne peut se servir des observations cliniques qu'au point de vue de ses doctrines et en les soumettant à leur critérium. Tout le reste est comme non avenu.

Très méthodique et peut-être trop, car elle entraîne à de fréquentes répétitions, cette revue, sous sa forme classique, emploie les documents cliniques pour assimiler la scrofule ancienne à la tuberculose actuelle. Les plus illustres témoi-

gnages sont mis à profit ainsi que les exemples les plus probants. Les données de l'anatomie pathologique microscopique sont très savamment et habilement rapprochées des éléments histologiques constatés par le microscope et les réactifs aux quatre différentes périodes de la phtisie. Le follicule élémentaire, la cellule géante ainsi que le nodule embryonnaire et le bacille de Koch, qui en est le dernier terme, sont ainsi démontrés dans les divers tissus et aux degrés successifs de la tuberculose chirurgicale par des expérimentations, des inoculations en série, des injections sur des lapins ou des cobayes pour en prouver la réalité chez l'homme. Exécuté par de jeunes adeptes, tout cela, datant d'hier, sans être à peine contrôlé ni vérifié, est admis et présenté comme preuves éclatantes et irréfragables de la vérité clinique au mépris de l'observation séculaire. Ainsi se fait la science positive, seule admise actuellement.

La tuberculose chirurgicale, ainsi étayée, prend néanmoins chaque jour de nouvelles proportions. Les opérations se multiplient sur les tissus et les organes, soi-disant tuberculeux, où les anciens ne voyaient que scrofule. Extirpation ou résection des os, ablation ou excision d'organes et de tissus tuberculeux sont pratiquées avec une audace surpassant celle qui s'attaque au cancer. On est déjà allé jusqu'à porter le couteau sur les poumons pour les débarrasser. Nous en avons cité quelques tristes résultats; mais de nombreux succès en sont aussi relatés (Voy. Ostéites, Résections). S'ils se confirment, en persistant surtout dans les synovites fongueuses et la tuberculose testiculaire, ces faits seront la meilleure preuve en faveur de la doctrine; mais il faut démontrer qu'ils ne se confondent pas avec la scrofule par des inoculations préalables en série sur les animaux, et que les traitements antiseptiques employés n'ont pas la plus grande part du succès. (*Revue de chir.*, mai, juin, août.)

Les *adénites tuberculeuses*, rebelles au traitement général et à l'influence de la mer, sont justiciables de la chirurgie, d'après les résultats comparatifs de l'expectation et l'intervention constatés par le docteur Cazin à l'hôpital maritime de Berck. Il s'agit presque exclusivement dans ce

cas de ganglions ulcérés. L'ablation complète et totale est alors nécessaire. Elle a augmenté le nombre des guérisons, abrégé la durée du traitement et diminué les décès consécutifs par phtisie, méningite, tubercules cérébraux et albuminurie, comme en témoigne sa statistique. L'intervention est alors légitime et sans danger, en diminuant les chances d'infection générale. (*Soc. de chir.*, mars.)

Que devient alors le signe spécifique de la nature tuberculeuse de toutes ces affections chirurgicales : le bacille de Koch ? Il n'en est pas question. On ne le cherche que par hasard et ceux qui s'y adonnent par curiosité ne le trouvent pas toujours. Koch, Marchand, Schuchardt et Krause ne l'ont rencontré que occasionnellement dans les maladies fongueuses des os et des articulations. Le docteur W. Muller, en le cherchant sur 30 os réséqués à la clinique de Gœttingue, n'en a trouvé qu'un petit nombre. Une série de 8 à 10 incisions n'en a découvert que 2 à 3 et parfois un seul. Ils étaient très nombreux au contraire dans 4 cas de fongus articulaires. (*Centralb. für chir.*, n° 3.)

*Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose*, par le docteur Coudray, Paris. La première est de la limiter aux cas exempts de lésions viscérales ou lorsqu'elles sont au moins très douteuses, suivant la recommandation du professeur Trélat, malgré l'extrême rareté de l'auto-inoculation traumatique du bacille signalée par M. Verneuil. On ne voit presque jamais de foyers secondaires succéder aux localisations externes de la tuberculose. Il est surtout prudent de n'attaquer les foyers juxta-épiphysaires que si l'articulation est garantie. Les ostéites du carpe et du métacarpe très circonscrites doivent seules être attaquées. C'est là de la chirurgie conservatrice avec une guérison persistante de résection articulaire chez un jeune sujet atteint de mal de Pott.

**TUMEURS.** La coïncidence de leur développement, chez les individus atteints de malformations congénitales, serait une preuve de leurs rapports, d'après le docteur Pollosson. Une tumeur cystique coïncidait ainsi avec des arcs branchiaux incomplets. Des tumeurs cartilagineuses des doigts étaient associées à un arrêt de développement des os; un

lymphadénome se montra chez un individu de vingt et un ans, atteint d'un accroissement éléphantiasique de la moitié droite du corps à sa naissance. (*Lyon méd.*, septembre.)

*Rôle de la contusion.* Le mécanisme intime du traumatisme, exprimé jusqu'ici par l'irritation, la suractivité fonctionnelle, n'explique guère leur mode de production. D'après une thèse inaugurale du docteur Le Clerc, inspirée par le professeur Verneuil sur ce sujet, cette production n'aurait lieu que sous l'influence d'une diathèse nouvelle, appelée néoplasique, dépendant de l'arthritisme. Quinze observations sont produites à l'appui avec cette parole du maître : Jamais je n'ai rencontré de contusion suivie de cancer chez un scrofuleux et je n'ai pas d'observation concluante de ce genre; au contraire, je n'en ai rencontré que chez les arthritiques. (*Paris*, 1884.)

**Ostéome frontal.** Un garçon de vingt-quatre ans avait une tumeur saillante dans l'angle supérieur et interne de l'orbite droit, avec exophthalmie et épiphora. Une perforation y fut pratiquée par M. Badal pour assurer le diagnostic. Elle envoyait des prolongements dans les sinus voisins et pendant les manœuvres de l'extraction, qui fut longue et difficile, la voûte de l'orbite fut effondrée et le cerveau fit hernie. Beaucoup de sang se répandit. Néanmoins, en quinze jours, la guérison était complète, l'œil rentra dans l'orbite et récupéra toutes ses fonctions.

D'où l'utilité de la perforation exploratrice, car, dans un cas semblable, plusieurs chirurgiens se trompèrent sur la nature de l'ostéome, à défaut de cette exploration. C'était un kyste osseux développé aux dépens du plancher de l'orbite qui fut découvert par la résection partielle du maxillaire supérieur. Il faut toujours ouvrir une large voie pour l'extraction de ces tumeurs. (*Soc. de chir.*, 16 juillet.)

**Tumeurs gommeuses de la peau.** Une couturière de quarante-huit ans, en puissance de vérole depuis neuf ans par des douleurs vives des tibias, chevilles et genoux avec formation de *bosses* sur la crête, entre à la clinique du docteur Fournier, présentant de nombreuses cicatrices tu-

berculo-ulcéreuses sur toute la surface du corps avec une petite exostose sur le radius gauche ainsi que sur l'avant-bras droit dont le cubitus est notablement augmenté de volume. Néanmoins, elle s'est bien portée pendant tout ce temps, sans chute des cheveux, ni maux de gorge, céphalée, éruptions, ni aucun accident se rapportant à la syphilis; elle a ainsi continué ses occupations, excepté depuis trois jours qu'elle est entrée à l'hôpital Cochin pour guérir ses ulcérations.

L'examen microscopique et l'analyse histologique de ces gommes ulcérées de la peau par M. Balzer indiquent que la formation des nodules primitifs dans la période inflammatoire a lieu autour des vaisseaux. C'est la période de crudité pendant laquelle les vaisseaux restent perméables un temps relativement long et ne s'oblitèrent que progressivement par prolifération des cellules de la couche interne. Le traitement spécifique peut donc intervenir à cette époque d'une manière efficace, en provoquant la résolution de la tumeur avant l'oblitération du vaisseau.

Autrement, elle subit la dégénérescence par oblitération de ces vaisseaux, la nécrose avec coagulation, la désintégration granuleuse et la formation d'un foyer granuleux; il s'enkyste d'une zone scléreuse autour qui se resserre jusqu'à le faire disparaître par résorption. Ou bien il s'agrandit par la dégénérescence progressive des nodules gommeux embryonnaires voisins, jusqu'à ce que l'inflammation, atteignant l'épiderme, il en résulte une ulcération comme dans le cas précité. D'où l'utilité d'un traitement précoce pour prévenir ces stigmates indélébiles de la syphilis. (*Revue de méd.*, août.)

**Tumeurs sous-cutanées douloureuses.** Elles sont généralement connues depuis longtemps sous le nom de *tubercules*, d'après W. Wood qui les a décrites le premier sous ce nom pour en indiquer la ténuité plutôt que la nature. Leur caractère essentiel est en effet d'être très petites et très douloureuses, tout en variant de forme et de nature. Un exemple s'en est présenté à l'Hôtel-Dieu, le 24 août 1883, sur un garçon de vingt-deux ans qui en souffrait par accès depuis six ans et pourtant elle n'avait que le volume d'une petite lentille. Excisée le lendemain par M. Blum, elle for-

ıait une tumeur grosse comme un pois, indiquée à la surıce de la peau par une saillie analogue à celle d'un furoncle. 'était un angiome.

Une étude historique, complète à ce sujet, par M. L. Beurier, avec les faits à l'appui, montre que malgré leur douıur pathognomonique, ces tumeurs varient excessivement e nature. Si quelques névromes se sont rencontrés pour xpliquer la douleur, c'est l'exception ; les fibromes paraisent plus fréquents ainsi que les angiomes. Quelques pomes et des sarcomes ont même été constatés histologiuement sous cette forme minuscule, en prenant leur point e départ dans les glandes sudoripares.

D'où la substitution proposée de tumeur, qui ne préjuge ien, à celle de tubercule, expression vieillie quant à sa ignification et tout à fait impropre anatomiquement en ıisant naître l'idée fausse qui s'attache aujourd'hui à ce not si commun. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

**Tumeurs perlées des doigts.** Deux cas en sont relatés ar le professeur Gross, observés par lui à l'hôpital Saint-Léon, ur deux hommes s'étant blessés en travaillant, l'un au ouce droit et l'autre au médius gauche. Leur rareté et eur diversité, autant que la différence de leur structure et e leur siège, donnent une certaine importance à ces néolasies. Confondues avec le cancer ou l'épithélioma, celles-i étaient constituées par des lamelles de cellules épidermiques cornées, disposées par couches concentriques avec les cristaux de cholestérine, comme les tumeurs perlées de 'iris. Une petite cavité centrale, avec matière blanchâtre, aséeuse à l'intérieur, les a fait ainsi appeler kystes dermoïdes ou épithéliaux cornés.

L'histoire complète et les différentes observations de ces umeurs sont rappelées et indiquées avec le diagnostic différentiel et leur pathogénie distincte. D'où l'intérêt de ce ravail. (*Soc. de méd. de Nancy*, janvier, et *Revue méd. de 'Est*, nos 19, 20.)

**Angiome des lèvres.** Il se présentait avec les caractères uivants à la face interne de la lèvre inférieure, chez une ille de quinze à seize ans qui en était atteinte depuis six à ept ans. Tumeur bosselée, sans changement de couleur

de la muqueuse, plutôt pâle que congestionnée à sa surface. Ces bosselures avaient l'apparence de petits kystes dont la piqûre donnait un liquide séreux, laissant le diagnostic incertain entre un sarcome, un adénome kystique ou une hypertrophie des glandes labiales. L'absence d'ulcérations et de gonflement ganglionnaire excluaient l'idée d'épithélioma ou cancer par le long début de la tumeur.

L'opération, pratiquée avec le thermo-cautère par M. Verneuil, détermina un écoulement de sang abondant, montrant un tissu érectile étendu avec formation d'un réseau vasculaire anormal ainsi que des kystes séreux. La guérison fut immédiate, mais du tissu érectile étant resté sur place, la récidive se montra en quelques mois. Une nouvelle excision amena la guérison complète. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

**Tumeurs laryngées.** *Acide chromique.* D'après Mackensie, 67 sur 100 de ces tumeurs sont papillomateuses et 48 sur 66 avaient ce caractère, d'après Cohen. C'est contre elles que l'acide chromique est employé avec succès par le docteur Jarvis de New-York. Le premier cas où il s'en servit était un volumineux papillome occupant presque tout le calibre du larynx. La voix était réduite à un discordant soupir avec spasmes et dyspnée. Après quatre applications de cet acide en neuf jours, la voix était naturelle et, en dix-neuf, le malade se trouvait guéri.

Ces applications ont une action limitée et conviennent aux petites comme aux grosses tumeurs en empêchant leur récidive. Cet acide est le plus sûrement employé en fusion dans un stylet à cuvette présenté par l'auteur. La douleur et le spasme en sont la conséquence, mais il peut prévenir la trachéotomie et la thyrotomie dans certains cas. (*Amer. laryngol. Association*, mai.)

**Tumeurs congénitales de l'ombilic.** Outre les hernies, le docteur Lannelongue, aidé de son interne, en distingue 3 variétés observées sur de jeunes enfants à l'hôpital Trousseau et qu'il désigne sous les titres suivants :

*Tumeurs adénoïdes diverticulaires.* Constituées par du tissu de l'intestin, elles en forment un diverticule. Des fistules

ı résultent quelquefois par le défaut d'occlusion de leur trémité ampullaire ou sa section par la ligature du cor- ›n, comme des exemples en sont relatés. Une procidence : la muqueuse en est l'origine et elles se manifestent chez ; nouveau-nés, de quelques jours à quelques mois après naissance, sous forme de grosseur unie, arrondie et rouge mme une cerise, lubréfiée par du mucus. Deux observa- ›ns en sont relatées en détail et trois autres en sont rap- ·lées. L'examen anatomo-pathologique, figuré par des anches, montre que des transformations s'opèrent dès le ·incipe dans leur paroi par l'altération de la muqueuse testinale et les rapports des diverses tuniques, résultant : l'irritation et du frottement des parties.

C'est donc à la naissance, par la ligature du cordon, que s tumeurs peuvent être constatées à une certaine intu- escence de sa base. Si le diverticule est mince et étroit, passe inaperçu; si des matières muqueuses ou autres istent à son intérieur et déterminent une épaisseur consi- ·rable du cordon, sa pression, en amenant du gargouille- ent, indique une hernie diverticulaire qu'il faut réduire ant d'appliquer la ligature.

La tumeur se montre ainsi à la chute du cordon et part : la cicatrice elle-même. Ses progrès sont lents, mais son ·éductibilité, par la grosseur du pédicule, sa consistance astique, résistante, sa couleur, son mode d'implantation la matière des produits de sécrétion en sont les meilleurs ractères pour les distinguer des tumeurs stercorales ou ·inaires, et des tumeurs érectiles, malgré leur rougeur, nsi que des suivantes.

L'excision est le moyen de guérison le plus simple et pide en cas de pédicule; mais une ligature élastique ou ès serrée est plus prudente. Les cautérisations au nitrate argent ou au perchlorure de fer ont même paru supé- eures à Depaul, en vue d'éviter une fistule stercorale con- ·cutive. Mais la longueur de ce traitement et son inutilité, ›s que la tumeur a un certain développement, doivent ire préférer la ligature avec des cautérisations lorsqu'elle mbe.

*Granulomes.* Petites tumeurs végétantes, fongueuses, ›nstituées par du tissu embryonnaire, ne dépassant pas le

volume d'un léger bourgeon exubérant, implanté sur les côtés de l'anneau ombilical. Elles n'apparaissent qu'après la chute du cordon et ne sont pas congénitales. Leur fréquence, supérieure à celle des adénomes, doit y faire penser tout d'abord et leur volume, variant d'un pois à une tête d'épingle et moins rouge que les adénomes, permet de les en distinguer facilement. Leur accroissement de volume, en se faisant par des bourgeonnements multiples, donne à leur surface un aspect inégal et lobulé qui ne permet pas de les confondre avec celui de la cerise, lisse et uni.

Trois observations en sont relatées chez des enfants de deux à cinq semaines. Un liquide visqueux s'en échappe qui tache le linge en jaune comme le pus et forme croûte. Des exhalations sanguines ont même lieu, en raison de leur tissu plus mou et moins élastique que celui des adénomes.

Une fois le diagnostic bien établi, l'excision avec les ciseaux en est le meilleur traitement avec cautérisation consécutive du moignon. Celle-ci faite d'emblée reste le plus souvent inefficace et inutile.

*Kystes sébacés.* Un seul cas en est relaté chez une fille de neuf ans présentant une saillie absolument hémisphérique, grosse comme une demi-noix, au milieu de la dépression ombilicale. Molle et fluctuante au centre, dure à la base, cette tumeur est immobile par son pédicule dur et fibreux. La toux ni les cris n'en augmentent le volume; elle est sans battements ni dilatation vasculaire. La peau n'a pas changé de couleur. La dissection en a fait sortir une matière sébacée, ramollie et grisâtre. Son adhérence intime à la cicatrice ombilicale n'a permis d'en enlever que les deux tiers en cautérisant l'autre. (*Arch. de méd.*, janvier.)

Ces petites tumeurs, traitées au début, sont donc sans gravité; leur développement seul pourrait les rendre dangereuses.

**Tumeurs de l'abdomen.** *Résection du péritoine.* Dans l'ablation radicale de ces tumeurs, on est parfois obligé de réséquer le péritoine dans une assez grande étendue, dit M. Saenges, car, pour suturer la plaie, on ne peut rapprocher les lèvres de la peau, si celles du péritoine restent écartées. Il en résulte un emphysème sous-péritonéal qui

disparaît par la compression élastique. (*Congrès de Copenhague.*)

Le professeur Porro l'a pratiquée, chez une femme de vingt-sept ans, multipare, qui s'était aperçue dès l'âge de quinze ans d'une petite glande dans la partie droite de l'abdomen. Elle n'en souffrait pas, quand, à la suite de grandes fatigues au printemps de 1881, des douleurs lancinantes se déclarèrent dans la tumeur avec accroissement rapide et un état général alarmant. Celle-ci offrait alors une forme sphérique, de 10 centimètres de diamètre, dure comme la pierre, indolente à la pression, sans aucune adhérence ni engorgement appréciable. D'où le diagnostic de tumeur fibro-myo-sarcomateuse.

Située immédiatement au-dessous du fascia superficialis, elle se confondait partiellement avec les fibres des muscles adjacents. Dans l'impossibilité de la décoller du péritoine pariétal, une large portion de cette membrane fut réséquée; ce qui n'empêcha pas la réunion par première intention. Les suites furent marquées par des douleurs locales excessives et de l'emphysème sous-cutané. Trois semaines après, la malade se levait et l'examen avait justifié le diagnostic porté. (*Gazz. med. Lombarda*, n° 51.)

**Tumeurs du bassin.** *Compression des uretères.* Dans toutes les tumeurs enclavées du bassin, liquides ou solides, dit M. Pozzi, il faut penser à la compression possible des uretères. Elle est ainsi produite fréquemment par le cancer de l'utérus et amène des conséquences redoutables sur les reins et le cœur. (Voy. CANCER, 1883.) C'est là une indication urgente de l'intervention et une grave difficulté opératoire. Dans une hystérectomie, les deux reins étaient atteints de dégénérescence kystique qui détermina l'anurie et la mort, leur équilibre fonctionnel instable ayant été rompu. A l'autopsie d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire enclavé dans le ligament large, M. Terrillon constata la compression de l'uretère avec commencement d'hydronéphrose qui aurait rendu l'ovariotomie difficile ou impossible, sans qu'aucun signe ait permis de reconnaître ces contre-indications opératoires pendant la vie. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

**Tumeurs circumrénales.** Deux volumineux fibro-lipomes,

enveloppant chacun un rein, ont été excisés par sir Spencer Wells, chez une dame de quarante-huit ans, avec assez de facilité, malgré leur adhérence à ces organes. Le tiers inférieur du rein gauche adhérait pourtant si intimement à celle qui l'entourait qu'il fut enlevé avec elle. L'hémorrhagie en résultant fut arrêtée rapidement et malgré la lésion du rein, l'opérée guérit, sans aucun trouble de la fonction urinaire. L'une pesait 14 livres et demie et l'autre 16 et demie. (*British med. journ.*, 19 avril.)

**Tumeurs de la vessie.** Elles excitent actuellement le plus l'attention, depuis la simplification apportée par sir H. Thompson à leur excision par la boutonnière périnéale. De là les nombreux travaux publiés à ce sujet.

Des hémorrhagies persistantes en sont un signe ordinaire. Elles duraient depuis huit à neuf mois, d'une façon presque continue, chez un homme entré à l'hôpital Necker, sans diminution par le repos. Le toucher rectal n'avait rien donné et comme le cathétérisme, en pareil cas, peut faire reparaître l'hémorrhagie ou l'exaspérer et provoquer une cystite douloureuse, le professeur Guyon pratiqua la taille hypogastrique dans la prévision d'une tumeur cancéreuse.

Une tuméfaction molle existait sur le côté droit de la vessie avec une large implantation. La tumeur fut détachée avec un serre-nœud, enlevée par fragments, en grattant la surface d'implantation avec la curette. Il y eut suppression complète des hématuries que l'on cherchait principalement à combattre. Les hommes beaucoup plus que les femmes en sont atteints, de cinquante à soixante-dix ans. Dans la plupart des cas, ce sont des angiomes villeux ou fongus bénins, assez souvent pédiculés. L'exploration physique et le toucher rectal, en particulier, ne donnent que des sensations peu marquées. La durée prolongée du mal en est un autre signe. La taille est préférée ici à la boutonnière périnéale, comme plus facile, régulière et moins grave. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, novembre.)

M. E. Bœckel donne aussi la préférence à la taille hypogastrique, au moins dans certains cas, à la lithotomie périnéale pour cette excision. Voy. Taille.

L'incision périnéale pratiquée le 20 janvier par le docteur Watson, chez un ancien calculeux de soixante ans, souf-

frant surtout d'hématuries, fut suivie d'un résultat fatal. Malgré cinq semaines données au diagnostic de papillome, les tumeurs étaient si étendues qu'après en avoir excisé pendant une heure, il en restait encore un grand nombre. L'hémorrhagie abondante, qui persista pendant toute l'opération et après, mit le malade dans un état de faiblesse qui fit craindre la mort. Il se remit cependant et survécut jusqu'au 5 mai. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 18.) Voy. HÉMORRHAGIES VÉSICALES.

*Action de l'eau chaude.* Chez une femme de cinquante ans qui, depuis neuf mois, rendait du sang dans ses urines sans douleur, le docteur Baker explora la vessie avec le doigt par l'urèthre dilaté. Quatre tumeurs papillomateuses pédiculées furent rencontrées sur une surface absolument villeuse de tout l'intérieur. Dans l'impossibilité de pratiquer l'excision, il fit une ouverture vaginale et injecta par l'urèthre, quatre fois par jour, une grande quantité d'eau chaude qui sortait par la fistule. La plus petite des tumeurs se montra bientôt à cet orifice et fut excisée avec les ciseaux. Huit à dix jours après, l'éthérisation fut faite pour explorer par la fistule les tumeurs persistantes. Elles avaient diminué des trois quarts et la plus grosse, du volume d'une noix, était réduite à un tiers à peine. Exsangue au toucher, et la congestion vésicale étant diminuée, l'excision en fut très simple et sans hémorrhagie. Le grattage de la vessie avec la curette fut ensuite pratiqué et amena une prompte guérison. (*Boston obst. Society*, 1883.)

*Résultats statistiques.* Sur 81 opérations colligées par le docteur Pousson, 52 hommes et 29 femmes, il y a eu 52 guérisons..... opératoires et 29 morts, soit une proportion moyenne de 64 guérisons pour 100, tombant à 59 chez l'homme, pour s'élever à 66 chez la femme. Malheureusement, elles ne sont pas toujours définitives, mais les détails manquent à cet égard. Sur 34 papillomes fibreux indiqués, il y a eu 24 guérisons et 10 morts; tandis que des 8 épithéliomas enlevés, aucun opéré n'a guéri. De là la différence des résultats entre les tumeurs malignes et les bénignes, heureusement de beaucoup les plus fréquentes. (*De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie chez les deux sexes*, Paris.)

*On tumours of the bladder* (Sur les tumeurs de la vessie, leur nature, leurs symptômes, leur traitement chirurgical), par sir H. Thompson, in-8° de 111 pages avec planches, Londres, 1884. Exposé in extenso de la nouvelle méthode de la boutonnière périnéale pour l'exploration de la vessie, inaugurée par l'auteur en 1880. 43 applications en ont été faites et 20 fois seulement il y avait tumeur; elle est donc simplement exploratrice dans la majorité des cas : les cystites chroniques résistant au traitement, l'hypertrophie prostatique et l'atonie vésicale persistante, la supposition de calculs enchatonnés, la miction douloureuse et très fréquente avec hématurie prolongée. Elle est justifiée dans tous ces cas par son innocuité et les résultats favorables qu'elle amène parfois.

Des 20 cas de tumeurs, 2 seulement existaient chez des femmes, dont l'une est morte en trois jours par lésions rénales; des 18 hommes opérés, 5 sont morts après trois semaines, 3 quelques mois plus tard, 9 ont guéri, 1 ayant été opéré à deux reprises. Tel est l'avoir de cette nouvelle opération entre les mains de son auteur.

**Tumeurs blanches suppurées du genou.** *Arthrotomie précoce chez les enfants.* Trois succès, obtenus à l'hôpital de Nancy, en sont relatés par le professeur Weiss. Il s'agit d'enfants de six à sept ans qui ont quitté l'hôpital dans un état satisfaisant avec l'emploi du bandage ouaté de Guérin. Les suites ont été bénignes par l'immobilisation rigoureuse et la compression égale en résultant. Au lieu d'un à deux ans qu'elle mettait à guérir en la laissant à elle-même, quatre à cinq mois ont suffi pour la fermeture des fistules. Cette incision de la jointure, faite en temps opportun, amène ainsi la guérison, tandis que la résection est désastreuse par l'arrêt du développement du membre. Mais il n'en est plus de même chez l'adulte, en raison de la tuberculose pulmonaire qui vient souvent la compliquer. Elle ne doit être qu'une exception après trente à trente-cinq ans. La résection ou l'amputation sont souvent préférables.

L'arthrotomie compliquée du raclage systématique des fongosités et des foyers osseux est beaucoup plus grave et sérieuse; quel que soit le procédé suivi, il en résulte toujours des complications compromettant la guérison. Entre

les jointures envahies par le pus et celles qui le sont par les fongosités, l'auteur fait une distinction très nette. Il ne reconnaît pas le droit au chirurgien de pénétrer dans une articulation fongueuse, même par la méthode antiseptique. C'est l'exclusion de l'arthroxésis de Letiévant. (*Soc. de méd. de Nancy*, 14 mai, et *Revue méd. de l'Est*, nº 11.)

# U

**ULCÈRES.** Ils sont si variés dans leur origine et leur siège qu'il est impossible de les réunir sous ce titre commun. Ils se trouvent disséminés aux divers noms de la maladie ou de l'organe qui y donnent lieu, sous les titres suivants :

**Ulcère corrodant du col utérin.** *Distinction avec le cancer.* Voy. CANCER.

**Ulcères syphilitiques des jambes.** Voy. SYPHILIS.

**Ulcère simple de l'estomac.** Voy. ESTOMAC.

**Ulcère tuberculeux du bras.** Voy. TUBERCULOSE.

**Ulcère perforant du pied.** Deux guérisons en ont été obtenues avec des cataplasmes simples appliqués dessus, après résection du rebord annulaire de l'épiderme. (*Lancet*, page 949.)

**Ulcère chronique du duodénum.** Cette affection insidieuse, observée par divers médecins célèbres de Boston sur un de leurs confrères, âgé de cinquante-sept ans, et relatée par le docteur Buckingham, n'est pas faite pour en élucider le diagnostic ni le traitement. Robuste et passionné de la marche, ayant mené une vie régulière sans avoir jamais été malade, il commença par éprouver, neuf ans avant sa mort, des douleurs paroxystiques de l'estomac, regardées alors comme gastralgiques quoique accompa-

gnées de nausées. L'alimentation les calmait au lieu de les augmenter, et un voyage à l'étranger en 1878 y mit fin. Elles reparurent pendant la traversée du retour avec nausées et vomissements. Les vacances, passées en 1879 au bord de la mer, les ramenèrent également. Hémorrhagies intestinales abondantes en mai 1880, dont la cessation fut amenée par le séjour au bord de la mer, si fatal l'année précédente.

L'absence de douleur et d'aucune tumeur dans le ventre avaient laissé jusque-là le diagnostic incertain. L'action calmante de l'alimentation excluait une affection organique de l'estomac et la présence de l'acide urique dans les urines à la fin de 1880, avec émission d'un calcul rénal, consécutivement à des injections morphinées, n'étaient pas de nature à l'éclairer.

Jusqu'à l'été de 1881, l'état resta assez satisfaisant pour permettre au malade de remplir ses devoirs professionnels. Une fois à la campagne, les nausées et les vomissements de mucus épais et très acide reparurent avec intensité et le réduisirent à une grande maigreur. Il se rétablit néanmoins et passa l'année 1882 assez confortablement, lorsqu'en mai 1883, un nouvel accès de douleurs avec nausées et vomissements le retinrent au lit. Son transport à la campagne l'améliora légèrement. Il put de nouveau revenir chez lui lorsque, le 12 novembre, les douleurs reparurent avec vomissements sanguinolents. Elles devinrent si intolérables dans la nuit du 12 au 13 décembre, qu'il fallut recourir à l'éthérisation. L'épigastre était alors douloureux et gonflé; ce qui fut attribué à la perforation ayant déterminé de la péritonite. L'autopsie confirma en effet ces lésions par l'ouverture d'une ulcération près du pylore, tandis qu'une autre était en voie de cicatrisation un peu plus loin. Chacune avait le diamètre du quart d'un dollar avec des bords abrupts, sans hypertrophie des glandes ni aucune apparence cancéreuse. La source de l'hémorrhagie ne put être découverte.

La forme rémittente des accès est donc le caractère prédominant dans ce cas et la cicatrisation partielle de l'ulcération primitive montre qu'un régime lacté, suivi rigoureusement, aurait pu déterminer également celle de la seconde. Mais le malade ne l'observa jamais que pendant

ses accès, alors qu'aucun autre aliment ne passait plus. C'est un exemple pour y insister sévèrement dans les cas analogues. (*Soc. méd. de perfectionnement*, janvier.)

**URÉE**. Le siège de la formation de ce produit excrémentitiel n'est pas encore fixé d'une manière précise. De nouvelles expériences, faites sur des chiens, par MM. Gréhant et Quinquaud, suivant un procédé particulier pour son dosage, tendent à démontrer que les viscères abdominaux en sont le principal siège. Le sang des veines sus-hépatiques, des veines spléniques et celui de la veine porte, contiennent toujours plus d'urée que le sang artériel pris dans l'artère carotide. Au contraire, celui qui revient de la tête et des membres n'en présente pas une différence notable avec le sang artériel.

Le chyle mélangé de lymphe extrait du canal thoracique après la mort, à l'aide de la respiration artificielle, est toujours plus riche en urée que le sang artériel et le sang veineux.

Conformément aux résultats obtenus par Becker et Voigt, l'état de digestion des animaux en expérience augmente toujours notablement la quantité d'urée dans leur sang artériel et veineux. Les échantillons pris dans les heures qui suivent les repas contiennent constamment plus d'urée que ceux pris durant les heures qui les précèdent, c'est-à-dire à jeun; 25 grammes de ce sang recueilli en une minute n'accusât-elle qu'une différence de 1 milligramme, que ce serait 1 gramme 44 pour les vingt-quatre heures, si la production d'urée est proportionnelle au temps. (*Journ. d'anat. et de physiologie*, n° 4.)

*Oscillations pendant la digestion.* 1 kilogramme de viande crue donné à un chien, ayant jeûné depuis plusieurs jours, a montré à M. Quinquaud que l'urée augmentait d'heure en heure, non seulement dans l'urine, mais dans le sang et dans les organes de l'animal. De 11 milligrammes pour 100 dans le sang pris à jeun, elle s'est élevée graduellement à 38, 44 et 61 pour 100, pour diminuer ensuite et n'être plus que de 18 pour 100 le lendemain. Elle atteint son maximum quatre heures après l'alimentation et non vers la sixième, comme l'avait fixé Weigelin. Son excrétion par l'urine est dans le même rapport que dans le sang.

Examinée dans le foie, la rate et le cœur, chez les mêmes animaux, elle a doublé pendant la digestion de ce qu'elle était à jeun. La rate en contient la plus grande quantité s'élevant jusqu'à 158 milligrammes pour 100, au lieu de 76 à jeun. Ces chiffres démontrent que les viscères abdominaux sont un lieu de production très actif de l'urée pendant la digestion. (*Soc. de biol.*)

*Influence du café sur son élimination.* Aux expériences contradictoires opposées à ce fait, MM. Fubini et Ottolenghi en produisent de nouvelles, faites avec la caféïne. A la dose de 20 à 25 centigrammes de cet alcaloïde du café, comme avec son infusion, représentant la même dose, ils ont constaté une augmentation notable de 17 sur 100 parties de la quantité d'urée contenue dans l'urine. D'où l'indication de ce médicament dans l'urémie ou les accidents qui l'annoncent. (*Giorn. della Acad. di med.*, 1883.)

*Toxicité.* De nombreuses expériences faites sur des grenouilles, des cobayes, des lapins et des chiens, par MM. Gréhant et Quinquaud, il résulte que l'urée *pure*, injectée dans les tissus à dose suffisante, détermine des accidents convulsifs et la mort dans un temps proportionné à la dose employée, sans être jamais aussi toxique que l'urine à dose égale. Sa fixation dans les tissus, malgré les grandes quantités qu'ils peuvent en contenir, par son injection en solution dans les vaisseaux ou sous la peau, ne diminue pas la puissance musculaire, et les accidents toxiques ne sont pas dus à la présence de l'ammoniaque.

Chez l'homme, elle est aussi toxique que chez les animaux. La physiologie comme la clinique montrent qu'elle est un poison dont la dose peut être exactement déterminée. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 5.)

# V

**VACCIN** et **VACCINE.** *Culture artificielle.* Outre les micrococcus minuscules trouvés dans le vaccin, M. Quist

(d'Helsingfors) a constaté des bacilles comme le développement ultérieur de ces micrococcus. Il est parvenu, en les exposant à l'air, à conserver et reproduire ces microbes pour servir à la vaccination. En les enfermant dans des tubes capillaires remplis et bouchés, ils périssent plus rapidement que dans des tubes ouverts ou d'un plus grand calibre. D'où le procédé pour les cultiver.

Un fragment d'éponge fine, humectée d'une solution nourricière, constitue particulièrement un milieu favorable pour la culture de ces bactéries. Mais leur multiplication s'effectue bien mieux, pour le but pratique auquel ils sont destinés, en en plaçant à la surface du liquide de cette culture versé dans un réceptacle à fond plat comme le verre de montre.

L'albumine est l'élément essentiel de ce liquide et le sérum du sang ou le blanc d'œuf fluide sont favorables à cet effet. La glycérine est ajoutée pour éviter l'évaporation. Le danger de la moisissure se trouve aussi écarté par là. Un réactif alcalin est ajouté ou une substance mucilagineuse. Voici la formule d'une de ces solutions :

| | |
|---|---|
| Sérum de sang de bœuf. | une partie de chaque. |
| Glycérine. | |
| Eau distillée. | |
| Carbonate de potasse. | 1/900e. |

La stérilisation s'effectue en chauffant pendant une demi-heure trois jours de suite. Trois mois après y avoir été soumis, un échantillon ne contient pas trace de bactéries. La température ordinaire de l'air en été et celle de la chambre en hiver se sont montrées suffisantes. Du vaccin frais ou de date récente, dont l'efficacité a été éprouvée, sert à cet effet. Une goutte déposée sur un fragment d'éponge stérilisée est placée dans la solution nourricière; mais la couche épidermique de la pustule, prise du troisième au dixième jour, est préférable. Sans qu'aucune portion de la lymphe y adhère, elle contient du virus-vaccin à un haut degré. Il suffit de la laver et de la déposer dans le verre de culture pour qu'elle n'ait jamais manqué d'être fécondante.

Le processus du développement des microbes est facile à suivre en quelques jours sur toute la surface du liquide dans le verre de montre placé sous un globe. L'éclairage

oblique suffit sans microscope. 13 essais de vaccination sont rapportés avec ces liquides et un de revaccination qui ont tous réussi. Ce liquide renfermé dans des tubes a conservé sa virulence du 25 octobre au 13 novembre. Un enfant vacciné le 4 novembre avec ce vaccin artificiel, ayant eu cinq pustules sur six piqûres, revacciné le 18 novembre avec du vaccin pris de bras à bras, n'eut que des élevures insignifiantes. (*Gaz hebdom.*, n° 6.)

**Vaccination par le lait d'ânesse.** L'allaitement des nouveau-nés syphilitiques à la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés a donné lieu à un fait nouveau et intéressant. Le 27 mai, le docteur Blachez constatait sur la bouche de l'un de ces enfants une large ulcération avec gonflement considérable de la lèvre inférieure. L'ânesse qui lui servait de nourrice portait une gerçure profonde, indurée, suintante, du mamelon. Un autre enfant ayant sucé la mamelle depuis quinze jours était aussi atteint d'une gerçure spécifique de la langue. On crut donc à une inoculation de l'ânesse par les enfants syphilitiques, et le professeur Fournier consulté conclut à la nature syphilitique de ces accidents.

M. Bouley reconnut la véritable nature du mal : c'était une épidémie de horse-pox dont voici l'origine. Un enfant ayant les deux bras couverts de pustules vaccinales, rapprochées et ulcérées, avait été pansé par une infirmière dont les doigts contaminés avaient inoculé le pis des ânesses en faisant téter les enfants. Les ânons allant de l'une à l'autre ânesse avaient inoculé presque toute l'écurie.

L'erreur vint de ce que les ulcérations buccales des enfants avaient un fond dur ou parcheminé avec engorgement des ganglions voisins. Celles du pis des ânesses étaient beaucoup plus petites, à bords coupés à pic, dont le fond était rouge jambon. L'épreuve fut faite sur un enfant non vacciné à son entrée et qui, le 2 juin, portait deux belles pustules sur la langue. Vacciné le 10 juillet avec du vaccin de bras à bras d'un enfant sain, il n'eut aucune pustule. 2 vaches inoculées avec le liquide pris sur les ânesses offrirent une éruption de cow-pox. C'était la confirmation expérimentale de cette erreur. (*Acad. de méd.*, 21 octobre.)

**Vaccination par injection hypodermique.** Assurer la pénétration du vaccin en quantité suffisante pour qu'une ou deux piqûres remplacent efficacement les six inoculations, faites ordinairement à la lancette, tel est le but de ce perfectionnement. La douleur en résultant et le sang répandu sont ainsi ménagés, en prévenant les accidents consécutifs qui en ont été parfois la conséquence. Il y a donc lieu d'accueillir les essais faits par le docteur Bourgeois à cet égard, étant bien démontré aujourd'hui que l'immunité variolique et les dangers de la contagion sont proportionnés à la quantité de virus inséré.

La seringue à injection hypodermique ou l'aiguille tubulaire pourvue d'une petite poire élastique, qui lui est substituée par son bon marché, peuvent être employées à cet effet. Un instrument plus précis pour le dosage exact de la lymphe à puiser et à introduire a été spécialement imaginé par l'auteur; mais son prix élevé pour une opération si petite doit faire préférer les aiguilles anglaises calibrées, dont la faible capacité graduée de la poire en caoutchouc suffit à aspirer exactement la lymphe vaccinale nécessaire à une ou deux piqûres et que l'on introduit ensuite sous l'épiderme en comprimant légèrement la poire élastique. Le manuel opératoire du compte-goutte, simple et connu, rend toute autre explication superflue.

32 soldats nouvellement incorporés au 7e régiment de cuirassiers ont été revaccinés par ce procédé avec le vaccin d'un enfant de 4 mois. Une seule piqûre a été faite à chaque bras, sans la moindre gouttelette de sang. Des pustules franches sont apparues au huitième jour, sans succès douteux. Tous ces hommes revaccinés plus d'un mois après, par trois insertions à chaque bras, de vaccin d'une fille superbe de quatorze mois, n'ont pas donné un seul succès.

38 militaires, dont la vaccination à leur arrivée au corps en décembre 1882 était restée sans succès, ont été inoculés de nouveau le 18 avril 1883 avec le vaccin d'une enfant de quatre mois. 3 piqûres à chaque bras ont été faites à la lancette à 24 d'entre eux. Aux 14 autres, deux piqûres à la lancette ont été faites au bras gauche et une injection au bras droit. Aucun résultat ne s'en est suivi. D'où la preuve d'une immunité complète.

6 jeunes enfants, non vaccinés, l'ont été par injection.

Une piqûre au bras droit et deux au bras gauche ont été faites le 10 avril 1883, à une petite fille de quatre mois avec le vaccin d'un garçon du même âge. Elle a présenté 3 pustules sans fièvre, celle du bras droit ayant un à deux millimètres de plus que celles du bras gauche.

Les 5 autres ont été vaccinés par le même procédé, à la mairie de Grenelle en mai 1883, par une seule piqûre à chaque bras. Aucun de ces enfants n'a crié ni répandu la moindre gouttelette de sang, alors que les autres vaccinés à la lancette faisaient un bruit effroyable et offraient des piqûres suintantes. De belles pustules en sont résultées et 2 sont même apparues à un centimètre de distance à une piqûre unique. Ces exemples bien authentiques doivent donc être un encouragement à les renouveler. (*Bull. génér. de thérap.*, avril.)

**VAGINISME.** Les *propriétés anesthésiques de la cocaïne sur les muqueuses* n'ont pas été sitôt promulguées qu'elles ont été utilisées contre cette contracture spasmodique du vagin. M. Dujardin-Beaumetz paraît être le premier à l'avoir essayée dans sa clientèle avec succès; mais l'observation suivante, recueillie à l'hôpital Cochin, atteste bien mieux son efficacité.

Une domestique de trente-cinq ans est admise le 6 novembre dans le service de M. Th. Anger pour cet obstacle à tout rapprochement sexuel depuis deux ans. Mariée à vingt et un ans, aucune douleur ne se manifesta d'abord, mais une grossesse, survenue en 1880, suivie d'accouchement laborieux et d'accidents consécutifs pendant six mois, fut l'origine de cette nouvelle infirmité. Les rapports sexuels commencèrent à devenir extrêmement douloureux peu de mois après son rétablissement. Elle n'est pas hystérique et n'a jamais eu de crises nerveuses, mais une première attaque de rhumatisme à dix-sept ans a été suivie de plusieurs autres ayant amené un rétrécissement mitral.

Le toucher très pénible perçoit, en arrière de l'orifice vaginal, une bride contractile fortement tendue qui résiste à l'introduction. Cinq jours après, le spéculum est appliqué sous le chloroforme pour la dilatation forcée, mais le résultat est nul et le toucher est presque aussi douloureux. La dilatation lente avec le spéculum bivalve, introduit

matin et soir et laissé une à deux heures en place, ne donne pas un résultat plus satisfaisant.

Le 2 décembre, on badigeonne à deux reprises la face interne des petites lèvres et tout le pourtour de l'orifice vaginal avec une solution de cocaïne à 2 p. 100. Une minute après, tous les points touchés sont insensibles aux piqûres d'épingle; le spéculum est introduit presque sans douleur, à la stupéfaction de la malade qui la veille jetait des cris. La même épreuve est renouvelée le lendemain et, dès le 4, le spéculum peut être introduit. Le badigeonnage est pratiqué le 5 au matin et l'introduction indolore du spéculum annonce la guérison après quatre badigeons. La bride contracturée du vagin a disparu. Maris et femmes, dans le même cas, vont donc s'empresser de profiter de ce remède pour mettre fin à leurs tortures. (*Bull. génér. de thérap.*, 15 décembre.)

**VARIOLE.** Une épidémie de variole a sévi à Sheffields du mois de février jusqu'à la fin de septembre 1884. Sur 203 malades admis à l'hôpital Borough, 150 avaient été vaccinés, 4 revaccinés et 49 non vaccinés. Or, tandis que la maladie fut des plus graves sur 96 p. 100 de ces derniers, avec une mortalité de 28 et demi p. 100, plus des trois quarts des vaccinés furent légèrement atteints et il n'en succomba que 4 et demi p. 100. La différence de cette proportion suffit à montrer hautement l'influence préservatrice de la vaccine. (*Lancet*, 8 novembre.)

*Incubation.* Une fois de plus, le docteur Vinay de Lyon, ayant été chargé des services d'isolement installés à l'hôpital de la Croix-Rousse où sont passés près de 700 varioleux, hommes et femmes, pendant l'épidémie qui a sévi cette année dans cette ville, a cherché à tirer des données précises de cette large observation. A cet effet, il n'a employé que les cas où un contact unique avec des malades avait eu lieu. Sur 15 malades dans ces conditions, la durée de l'incubation a été de 10 jours chez 3; de 11 chez 4, de 12 chez 7, de 14 à 15 chez 1.

L'oscillation varie ainsi de 10 à 12 jours, comme la plus générale et la plus régulière, et sur 82 faits collectés, c'est en effet la durée qui est la plus ordinairement indiquée.

Les autres en deçà comme au delà ne sont que des exceptions surtout observées à l'étranger.

C'est donc dans cet espace que la vaccination ou la revaccination préventive peut être employée avec efficacité. Pratiquée dès les premiers jours du contact, elle peut empêcher l'éclosion de la variole, tempérer son éruption, l'amoindrir, la rendre plus bénigne, même après l'infection variolique. Le résultat n'est nul que si la vaccine précède seulement de trois à quatre jours l'invasion de la variole. Inutile donc d'y recourir après. (*Revue de méd.*, octobre et décembre.)

*Médication éthérée-opiacée.* Sur 18 varioleux soumis à ce nouveau traitement (Voy. *année* 1882) par le docteur Tenesson dans son service de l'hôpital Saint-Antoine — 7 ayant une variole discrète — tous guéris sans suppuration ni accidents, 11 avaient une variole cohérente et confluente, Une seule femme est morte à la suite d'une violente émotion. Chez les 10 autres, le traitement ayant été commencé au troisième jour de l'invasion, les pustules ont avorté en restant persistantes sous forme de simples papules se desséchant après le cours ordinaire de la fièvre, sans aucune suppuration. Les cicatrices sont donc ainsi prévenues, atténuées, surtout sur la face, où leur empreinte est la plus désagréable.

Aucune complication n'est résultée de ce traitement consistant en une injection d'éther matin et soir, pratiquée dans le tissu conjonctif sous-cutané pour éviter les accidents paralytiques en enfonçant l'aiguille plus profondément. 15 à 20 centigrammes d'extrait d'opium pur sont administrés dans les vingt-quatre heures.

Donnés séparément chez 5 malades, ces médicaments n'ont pas produit l'effet obtenu précédemment. Le but de cette médication étant d'enrayer la suppuration, elle n'a pas été administrée après le troisième jour de l'éruption, ni dans la variole hémorrhagique qui ne suppure pas. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

*Nodus parasitaires dans les poumons.* Sur 14 autopsies de varioleux faites récemment, 8 fois de petits foyers disséminés de broncho-pneumonie ont été rencontrés dans les

lobes inférieurs, sans dépasser le volume d'un pois. Au milieu de ces foyers, quelques alvéoles remplies par l'exsudat contenaient des globules très fins, assez fortement réfringents, pressés sans ordre les uns contre les autres, formant entre eux des chaînes régulières occupant toute l'alvéole ou seulement sa partie centrale. On les apercevait principalement dans les foyers traités par l'acide acétique. Ces éléments sphériques sont indifférents à tous les réactifs et aux matières colorantes, sauf l'iode qui les colore en rouge sombre ou en bleu. Ce sont, pour l'auteur, des amas de végétaux inférieurs, des colonies de micrococcus identiques à celles que Collin, Hallier, Klebs, Weigers, Zuelzer et autres ont trouvées dans la lymphe variolique, la peau et les viscères.

La lésion est due à la réaction du tissu pulmonaire sur le parasite. Sa présence dans les alvéoles et non dans le tissu pulmonaire lui-même fait penser à l'infection par l'air ; ce seraient donc des foyers primitifs d'infection, analogues aux pustules déterminées sur la peau par l'inoculation. (*Centralbl. f. med. Wissens.*)

**VOMISSEMENTS** *réflexes de l'utérus.* Trois exemples observés à l'hôpital du Collége de l'Université ont servi de texte à une leçon du professeur Graily Hewitt sur ce sujet. La conclusion en est que le diagnostic de cette affection échappe dans beaucoup de cas, les vomissements étant attribués faussement au foie ou à l'estomac. Ils sont souvent caractérisés ainsi de bilieux ou attribués à un ulcère simple, alors qu'ils se rapportent directement à l'utérus. Il est permis d'exclure le foie et l'estomac, dès qu'il n'existe aucun autre symptôme positif indicateur d'une maladie de ces organes, dont il est possible de s'assurer, tandis que les femmes ne parlent souvent pas de troubles marqués des fonctions utérines.

Un symptôme indicateur spécial de cette origine est l'exagération même de ces vomissements, se manifestant particulièrement quand la femme se remue ou marche. La prolongation de ces vomissements réflexes peut d'ailleurs altérer l'estomac même ; ses facultés sécrétantes s'affaiblissent par le jeûne et les privations et il est alors incapable de produire du suc gastrique. C'est un autre facteur de la

pathologie de ces cas. De là la paresse ou parésie de la membrane muqueuse. Les plus grands soins sont alors nécessaires pour prévenir une issue fatale, même après que la tendance à vomir a été réprimée ou diminuée par un traitement convenable de l'utérus. (*Lancet*, 5 janvier.) La perturbation du système nerveux est souvent alors la maladie essentielle.

*Inhalations d'oxygène.* Ayant réussi contre les vomissements de la grossesse, elles sont spécialement indiquées ici, non seulement comme moyen de guérison, mais aussi pour assurer le diagnostic, c'est-à-dire la nature même de ces vomissements. Voy. Grossesse.

FIN

# TABLE DES AUTEURS


. Anesthésie oculaire.
(W.) Résection du fémur.
SIEW. Pneumonie, trans-
n.
. Chirurgie du poumon.
Nécrologie.
(Lopez). Cancer du pénis.
ON. Cancer du sein.
VS. Lithotritie.
(Th.) Vaginisme.
(d'). Ovariotomie.
LI. Fibromes.
G. Fièvre puerpérale, in-
ction.
D. Phtisie.
N. Cirrhoses.
IER. Nécrologie.
. Blennorrhagie, chan-
mous.
JI. Estomac.
Rétrécissements de l'urè-

Hernies.

Tumeur frontale.
Tumeurs de la vessie.
R. Choléra.
R. Nécrologie.
Hernies.
. Grossesse, myélites,
monie typhoïde.
. Tumeurs gommeuses.
uptures de l'utérus.
Fièvre typhoïde.
R. Prix.
Y. Nécrologie.

BARDELEBEN. Anesthésie.
BARIÉ. Fièvre typhoïde.
BARKER. Abcès du psoas.
BARKOW. Prix.
BARLOW. Alcoolisme.
BARTHÉLEMY. Ruptures de l'urèthre, syphilis héréditaire tardive.
BARWELL. Carie vertébrale.
BAUWENS. Goitre kystique.
BEAUNIS. Chorée.
BEAUREGARD. Ostéotomie.
BENSON. Anesthésie oculaire.
BERGER. Anévrismes inguinaux, cancer du sein, empyème précoce, fistules stercorales, hernies, ostéoclasie, ostéomyélite infectieuse.
BERGER (O.) Ataxie locomotrice.
BERGMANN. Lithotritie, néphrectomie.
BERLIOZ. Maladies.
BERNE. Purpura.
BERNHEIM. Chorée.
BERT (Paul). Anesthésie.
BERTIN. Nécrologie.
BESNIER (E.) Chancre du sein, pansement cutané.
BESSETTE. Gangrène spontanée.
BETZ. Hémorrhagies.
BEURMANN (de). Sciatique.
BEURNIER. Tumeurs sous-cutanées.
BEVERLEY-ROBINSON. Diphthérite.
BIDOU. Paralysie traumatique.
BIGELOW. Lithotritie.

Billod. Aliénés.
Billroth. Kystes.
Biondi. Chirurgie du poumon.
Bishop. Abcès de la trompe.
Biss. Chirurgie du poumon.
Blachez. Accouchements, hémorrhagies intestinales, vaccine.
Blanc. Fibro-myômes.
Blondeau. Occlusion intestinale.
Blum. Tumeurs sous-cutanées.
Boardman. Fièvre puerpérale.
Bochefontaine. Choléra.
Bœckel (J.) Cancer de l'utérus, hystérectomie abdominale, — vaginale, néphrectomie, ostéoclasie.
Bœckel (E.) Empyème consécutif, rétrécissements de l'urèthre, taille, tarsotomie, tumeurs de la vessie.
Bollinger. Actinomycose.
Bompar. Transfusion.
Bonamy. Choléra.
Booth. Chloral, ruptures de l'utérus.
Bouchard. Albuminurie chloroformique, diabète, estomac, fièvre typhoïde, maladies, thérapeutique antiseptique.
Bouchardat. Thérapeutique.
Boucher. Empyème consécutif.
Boucheron. Méningite.
Bouilly. Cancer de l'utérus, empyème consécutif, épanchements sanguins, fractures du radius, hernies, occlusion intestinale, ostéotomie.
Bouisson. Nécrologie.
Bouley. Vaccine.
Boullancy. Nécrologie.
Bourgarel. Nécrologie.
Bourgeois. Vaccine.
Bourguet. Choléra.
Boutigny. Nécrologie.
Bouveret. Cancer du foie, choléra.
Bowditch. Cœur.
Bracou. Hystérie chez l'homme.
Bradford. Anesthésie oculaire.
Bralle. Abcès du psoas.
Brandeis. Boroglycéride.
Brault. Néphrites.
Brémaud. Hypnotisme.
Bressa. Prix.
Bridden. Hémorrhagies des trompes.
Bristowe. Purpura.
Broadbent. Alcoolisme, chirurgie du poumon.
Brouardel. Choléra, eaux de Seine, médecine légale, sang.
Broughton. Pneumonie.
Brown-Sequard. Pneumonie.
Brunon. Fièvre typhoïde.
Bryant. Cancer du rectum, carie vertébrale, néphrectomie.
Buckingham. Ulcère du duodénum.
Buckner. Calculs de l'amygdale.
Bucquoy. Choléra.
Bull. Chirurgie du poumon.
Burq. Nécrologie.
Bush. Cancer du sein, occlusion intestinale.
Buzzard. Alcoolisme, ataxie locomotrice, épilepsie.
Byford. Abcès de la trompe.

Cabot. Chirurgie.
Cadier. Syphilis, — laryngée.
Cagny. Anesthésie, cœur.
Cailliot. Nécrologie.
Calmettes. Hémorrhagies.
Campana. Bubons suppurés.
Camuset. Alcoolisme.
Capitan. Albuminurie transitoire.
Cartaz. Pansement phéniqué, phtisie.
Castelain. Chancres mous.
Castillon. Nécrologie.
Castré. Cancer de l'utérus.
Cathala. Nécrologie.
Caussidon. Empyème précoce.
Cayla. Pleurésie aiguë.
Cayley. Chirurgie du poumon.
Cazin. Anévrisme diffus de l'aisselle, tuberculose chirurgicale.
Cézilly. Exercice, syndicats médicaux.
Chadwick. Fistules gastro-néphritiques, néphrectomie frustre.
Chameron. Blennorrhagie.

:MESSE. Méningite tuberuse.
AN. Choléra.
S. Goitre.
:. Nerfs.
DT. Alcoolisme, ataxie locotrice, hystérie, myélites.
:NTIER. Accouchements.
DT. Tuberculose chirurle.
AU. Nécrologie.
AUBOURG (DE). Albuminurie siologique.
AUVILLARD. Prix.
:ARD. Phtisie.
(ER. Pneumonie.
DNT (DE). Désinfectants.
:AU. Introduction.
:L. Empyème consécutif, glions.
SSE. Abcès du psoas.
:R. Anesthésie.
M. Anesthésie oculaire.
I-BEY. Antiseptiques.
Introduction.
:T. Cœur.
RD-ALLBUTT. Chirurgie du non, névralgies.
:IM. Nécrologie.
Tuberculose.
(L.) Choléra.
(d'Alfort). Tuberculose.
BEL. Anesthésie.
Estomac.
I. Résection du tarse.
AUD. Hémorrhagies den:S.
. Histologie, maladies, irites, pneumonie, pusmaligne.
LON. Diabète.
ART. Prix.
AY. Tuberculose chirurgi-
Antiseptiques, phtisie.
Anus imperforé.
Choléra.
:HINO. Introduction.
BERG. Eaux de Seine.
.. Nécrologie.
Fistules vésico-intestis.
DEBOVE. Estomac, hystérie chez l'homme, phtisie, sciatique.
DECAISNE. Nécrologie.
DÉCÈS. Anévrismes cirsoïdes.
DÉJERINE. Ataxie locomotrice, atrophie musculaire progressive, phtisie, sclérose en plaques, syphilis.
DELÉTREZ. Thérapeutique.
DELFAU (d'Estagel). Nécrologie.
DELPEUCH. Péritonite chronique.
DELSTANCHE. Cancer du nez.
DELTHIL. Diphthérite, fractures de la cuisse.
DEMANGE. Sclérose en plaques.
DEMONS. Cancer du sein, chirurgie, gangrène spontanée, hystérectomie vaginale.
DENNIS. Fractures compliquées.
DESCROIZILLES. Accouchements.
DESPRÉS. Anévrismes inguinaux et cirsoïdes, cancer de l'utérus, gangrène des membres, introduction.
DIDAY. Syphilis.
DIEULAFOY. Fièvres palustres, transfusion.
DIVERNERESS. Fractures de la rotule.
DOMINGUEZ. Diarrhée nerveuse.
DONOY. Médecine légale.
DOUGLAS-POWELL. Chirurgie du poumon.
DRESCHFELD. Alcoolisme.
DROUX. Pneumonie.
DUBOIS. Anesthésie.
DUBOUÉ. Choléra, dyspnée nerveuse.
DUBOURG. Hernies congénitales, ostéotomie.
DUBOUSQUET. Syphilis héréditaire tardive.
DUCASTEL. Anévrismes pulmonaires, méningite tuberculeuse, phtisie, sclérose pulmonaire.
DUCLAUX. Introduction.
DUHRING. Cancer du sein.
DUJARDIN-BEAUMETZ. Choléra, désinfectants, estomac, exercice, thérapeutique, vaginisme.
DULAC. Transfusion.

DUMAS. Nécrologie.
DUMÉNIL. Fistules vésico-intestinales.
DUMESNIL. Nécrologie.
DUMOLARD. Paralysies.
DU MOULIN. Empoisonnement saturnin.
DUPLAY. Névralgie alvéolaire.
DUPLOUY. Kystes hordéiformes.
DUQUESNEL. Anesthésie oculaire.
DURAND-FARDEL. Eaux de Vichy.
DURANTY. Choléra.
DURET. Cancer du sein.
DUTIL. Myélites.
DUTRIEUX. Choléra.
DYCE-DUCKWORTH. Ataxie locomotrice.

ELLIS. Nécrologie.
EPSTEIN. Estomac.
ERCOLANI. Nécrologie.
EROSS. Maladies simulées.
ESMARCH. Cancer du rectum.
ESPINE (d'). Sang.
EULEMBURG. Névralgies.
EWALD. Phtisie.
EYMERIE. Purpura.

FABRE (A.) Nécrologie.
FABRE. Phtisie.
FAISANS. Phtisie.
FANTON. Nécrologie.
FAUCON. Nécrologie.
FAUVEL. Choléra, nécrologie.
FÉRÉ. Alcoolisme.
FÉRÉOL. Diphthérite.
FERGUSON. Diphthérite.
FERNET. Péritonite tuberculeuse.
FERRAND. Dyspnée nerveuse.
FIESSINGER. Dyspnée cardiaque, grossesse.
FINKELSTEIN. Hernies.
FINLEY. Fièvre typhoïde.
FIRKET. Actinomycose.
FISCHER. Phtisie.
FLEURY (DE). Eaux minérales, épilepsie.
FLEURY. Eaux de Seine.
FLINT. Congrès international, pneumonie.
FOLET. Anesthésie.
FONSSAGRIVES. Nécrologie.
FONTAINE. Fistules stercorales.
FORSTER (Thompson). Syphilis.
FOSSATI. Prix.
FOURNIER (A.) Diabète, tumeurs gommeuses.
FRANCKS. Cancer buccal.
FRANKEL. Phtisie.
FREDET. Nécrologie.
FUBINI. Urée.

GAILLARD-THOMAS. Fièvre puerpérale.
GALLARD. Cancer de l'utérus.
GAMGEE. Cancer du rectum.
GANGOLPHE. Résection du poignet.
GARCIN. Taille hypogastrique.
GARÈS. Cancer du sein.
GARNIER (F.) Choléra.
GARRETSON. Enseignement aux Etats-Unis.
GARRIGOU-DÉSARÈNE. Rétrécissements.
GARRIGUES. Accouchements.
GAUCHER. Syphilis héréditaire tardive.
GAUTRELET. Fièvre typhoïde.
GAY. Rétrécissements de l'urèthre.
GERENTE (W.) Fièvre typhoïde.
GIBERT. Médecine légale.
GIBIER. Choléra, rage de l'oiseau.
GIDDINS. Kystes de l'ovaire.
GIERSING. Syphilis.
GILBERT. Sang.
GILLETTE. Cancer de l'utérus, fistules stercorales, introduction.
GIRARD. Nécrologie.
GIROU. Taille hypogastrique.
GODLEE. Chirurgie du poumon, néphrectomie frustre.
GODSON. Hystérectomie abdominale.
GOMBAULT. Phtisie.
GOMEZ (de la Mata). Thérapeutique.
GOODELL. Kystes para-ovariens.
GOSSELIN. Anesthésie, fractures de la rotule.
GOUGUENHEIM. Ganglions laryngiens.
GOUIN. Médecine légale.
GOULD. Chirurgie du poumon.

Y-HEWITT. Vomissements.
CHER. Congrès internatio-
, phtisie.
ET (J.) Cocaïne.
ET. Diathèses, thérapeu-
ie.
ANT. Urée.
VOLD. Albuminurie.
; (de Nancy). Anévrismes
oïdes, pansements, tarso-
ie, tumeurs perlées.
(de Philadelphie). Con-
s international, nécrologie.
M. Pneumonie.
LIOT. Purpura infectieux.
OT. Fistules vésico-intes-
les.
N. Auto-inoculation trau-
ique.
N (J.) Choléra.
UT. Médecine légale.
AND. Nécrologie.
MIN. Anévrismes cirsoïdes.
UD. Nécrologie.
Congrès international.
ANN. Phtisie.
. Hémorrhagies urinaires,
otritie, tumeurs de la ves-

. Cystotomie latérale.
N. Alcoolisme.
UT. Anesthésie.
PEAU. Maladies.
ND (G.) Ataxie locomo-
e.
ND (W.) Ataxie locomo-
e.
. Acholie, empyème pré-
, néphrites, tuberculose.
Y (G.) Calculs biliaires.
Y (J.) Myxœdème.
Phtisie.
SON. Amputation du pénis.
SON (R.) Cystotomie laté-
, hémorrhagies vésicales.
EL. Tuberculose.
NS. Nécrologie.
. Choléra, hémoglobinu-
pneumonie typhoïde,
sfusion péritonéale.
. Fibromes.
D. Nerfs.

HEILLY (D'). Accouchements, hémorrhagies.
HEITZMAN. Paralysie traumatique.
HENNINGER. Nécrologie.
HENOCH. Diphthérite.
HÉNOCQUE. Sang.
HENROT. Hémoglobinurie, phtisie.
HERING. Phtisie.
HERMANN. Chirurgie du poumon, cœur, empyème consécutif, ostéite tuberculeuse.
HERMET. Syphilis héréditaire.
HERR. Diphthérite.
HILTON-FAGGE. Cœur.
HIRSCHBERG. Néphrectomie.
HJFORT. Rétrécissements de l'œsophage.
HOFFMANN. Introduction.
HOMANS. Cancer du rein, occlusion intestinale.
HOOD. Angines.
HOOPER. Abcès sous-scapulaires.
HORTELOUP. Introduction.
HOUZEL. Anévrisme diffus de l'aisselle, taille hypogastrique.
HOUZELOT. Nécrologie.
HOWE. Phtisie.
HUCHARD. Angine neuro-arthritique, diarrhée nerveuse, estomac, fièvres palustres, — typhoïde, injections hypodermiques, thérapeutique.
HULIN. Paralysies.
HUTCHINSON. Sciatique traumatique, syphilis héréditaire.
HYRTL. Rétrécissements du nez.

ISRAEL. Actinomycose, syphilis.

JACCOUD. Phtisie.
JACKSON. Hystérectomie vaginale.
JACOB. Myxœdème.
JACOBI. Paralysie traumatique.
JALAGUIER. Fractures de la rotule.
JANSSEN. Diphthérite.
JARVIS. Chancre de l'amygdale, tumeurs laryngées.
JEANNEL. Kystes para-ovariens.
JELLY. Paralysie générale.

JENNER (W.) Exercice.
JESSET. Cancer.
JŒGER (Von). Nécrologie.
JULLIARD. Hydrocèle.
JVERSEN. Anesthésie.

KANZLER. Tuberculose.
KEELAN. Taille.
KEITH. Fibromes.
KELLER. Hémorrhagies ecchymotiques.
KEYES. Blennorrhagie.
KHELSCHUTTER. Phtisie.
KIRMISSON. Anévrismes inguinaux, hémorrhagies dentaires.
KISCH. Cœur.
KLEBS. Diphthérite.
KLEINWACHTER. Accouchements tardifs.
KNOWSLEY-THORNTON. Chirurgie du rein, ovariotomie précoce.
KOCH. Choléra.
KOCHER. Cancer du rein.
KŒBERLÉ. Fibro-myômes.
KOLLER. Anesthésie oculaire, cocaïne.
KONIG. Résections.
KRONER. Ruptures de l'utérus.
KRONLEIN. Chirurgie du poumon.
KRUCH. Phtisie.
KUHN. Fièvre typhoïde.
KUNSTLER. Pleurésie.
KUSSNER. Phtisie.
KUSTER. Lithotritie.

LABBÉ. Cancer de l'utérus, hydarthroses, phtisie.
LABORDE. Cocaïne.
LABOULBÈNE. Cancer du sein.
LACAZE. Prix.
LAILLER. Aliénés.
LANCEREAUX. Alcoolisme.
LANDE. Exercice.
LANDOUZY. Atrophie musculaire progressive.
LANDRY. Nécrologie.
LANGERHANS. Phtisie.
LANGTON. Ostéotomie.
LANNELONGUE. Anus imperforé, tumeurs de l'ombilic.
LANNOIS (DE). Taille hypogastrique.
LAPRÉVOTTE. Estomac.
LARCHER. Nécrologie.
LARDIER. Traumatisme.
LATTA (Thomas). Choléra.
LAUB. Périostite.
LAUNOIS. Paralysie infantile.
LAWSON-TAIT. Péritonite.
LAZAREWITCH. Accouchements.
LEBLOND. Fièvre typhoïde.
LE CLERC. Tumeurs.
LE DENTU. Goitre malin, néphrectomie, taille hypogastrique.
LEDIBERDER. Ovariotomie.
LEE (H.) Syphilis.
LEFFMANN. Enseignement aux Etats-Unis.
LE FORT. Fractures compliquées, ganglions, ovariotomie.
LE GENDRE. Chancre de l'amygdale.
LEGOUEST. Désinfectants.
LÈGROUX. Accouchements, phtisie.
LÉPINE. Auto-inoculation traumatique, maladies.
LEREBOULLET. Choléra.
LEROY (E.) Nécrologie.
LEROY. Rhumatisme.
LESSER (Von). Névralgie intercostale.
LETIÉVANT. Nécrologie.
LETULLE. Epanchements, fièvre typhoïde.
LEUDET. Névrite professionnelle, syphilis, tuberculose.
LÉVY. Diphthérite.
LIDDEL. Abcès du cou.
LIEBMANN. Neurasthénie.
LINN. Diphthérite.
LION. Sang.
LIONEL-BEALE. Hémorrhagies urinaires.
LISTER. Antiseptiques, cancer du sein, empyème consécutif.
LIVON. Choléra.
LOOTEN. Blennorrhagie.
LORETA. Rétrécissements de l'œsophage.
LOVIOT. Grossesse.
LOWNDES. Chancres.
LOYE. Sang.
LUC. Pneumonie.

. Néphrectomie.
-Championnière. Cancer de
érus, empyème précoce,
ssesse extra-utérine, litho-
ie, ovariotomie.
. Alcoolisme, transfusion
odermique.
Aliénés.

. Accouchements.
onald. Grossesse extra-uté-
.
ied. Nécrologie.
r. Aliénés.
sez. Choléra, phtisie.
. Empoisonnement par
audanum.
. Nécrologie.
art. Fièvre typhoïde.
iand. Anévrismes ingui-
x, cancer de l'utérus.
. Choléra.
ry. Fibro-myomes.
all. Cancer du rectum,
urgie du poumon.
l. Hystérie.
. Abcès de la trompe.
. Médecine légale.
(A.) Cancer de l'utérus,
nage péritonéal.
(H.) Tuberculose.
s (Souza). Albuminurie.
. Empoisonnement par la
adone.
y. Sciatique traumatique.
eu (M.) Cancer de l'esto-
.
eu (A.) Estomac, rhumat.
ewson. Grossesse extra-
ine.
ac. Chancres, médecine
le.
. Grossesse.
et. Nécrologie.
ie. Rétrécissements.
s. Sciatique.
r. Grossesse.
gen. Phtisie.
r. Aliénés.
as. Goitre malin.
ier. Cancer du sein, dia-
es.
. Kystes hydatiques.

Minot. Abcès sous-scapulaires, cancer de l'utérus, pneumonie.
Moisart. Empyème précoce.
Mollière (D.) Anesthésie, auto-inoculation traumatique, fistules parotidiennes, ostéoclasie.
Mollière (H.) Fièvres.
Moncorvo. Estomac, sclérose multiloculaire.
Mondan. Fractures de l'humérus.
Monod. Empyème consécutif.
Monod (E.) Occlusion intestinale.
Montyon. Prix.
Morand-Baker. Ataxie locomotrice.
Moreau. Nécrologie.
Morel. Nécrologie.
Morell-Mackensie. Goitre.
Moriggia. Nerfs.
Morique. Cancer du nez.
Morris. Cancer du rectum, néphrectomie.
Mosler. Chorée.
Mossmann. Hystérie chez l'homme.
Moutard-Martin. Empyème.
Moutard-Martin (Robert). Pleurésie hémorrhagique.
Moxon. Exercice.
Mulhall. Syphilis.
Mulhane. Grossesse.
Muller. Tuberculose chirurgic.
Murray-Gibb. Diphthérite.
Myrtle. Chirurgie du poumon.

Napier. Cancer du sein.
Nepveu. Syphilis.
Netter. Auto-inoculation traumatique.
Neumann. Cocaïne, nécrologie.
Nicaise. Cancers secondaires, empyème consécutif, kystes hydatiques, pansement phéniqué.
Nicati. Choléra.
Niepce. Phtisie.
Noquet. Phtisie.
Notta. Occlusion intestinale.
Novaro. Hystérectomie vaginale.

Noyes. Anesthésie oculaire.

Ollier. Fractures de l'humérus, ostéite tuberculeuse, résection du poignet.
Ollivier. Angines, diphthérite.
Onimus. Paralysie infantile.
Oppenheim. Ataxie locomotrice.
Ord. Myxœdème.
Ory. Empoisonnement par le laudanum.
Otis. Rétrécissements de l'urèthre.
Ott. Méningite.
Ottolenghi. Urée.
Oulmont. Nécrologie.
Ozenne. Cancer buccal.

Page. Amputations.
Paget. Congrès international.
Panas. Anesthésie oculaire.
Panum. Congrès international.
Paquet. Calculs.
Parker. Abcès du psoas.
Pasteur. Antiseptiques, congrès internat., désinfectants, rage.
Paterson. Calculs.
Patras. Nécrologie.
Pawlik. Cancer de l'utérus.
Péligot. Antiseptiques.
Pellereau. Fièvres palustres.
Percy-Kidd. Anévrismes pulmonaires, phtisie.
Périer. Abcès, chloral, empyème consécutif.
Perroncito. Actinomycose.
Péter. Choléra, tuberculose.
Pétersen (O.) Bubons suppurés, pansements.
Peyrot. Anesthésie.
Philipeaux. Thyroïdectomie.
Pick. Fièvres palustres, phtisie.
Picot. Pleurésie aiguë.
Pinard. Grossesse extra-utérine.
Pitres. Ataxie locomotrice, gangrène des membres, localisations motrices, pleurésie.
Playfair. Enseignement en Angleterre.
Poinsot. Hystérectomie.
Polaillon. Anévrismes cirsoïdes, hernies congénitales, hydrocèle, ostéoclasie.
Pollosson. Tumeur frontale.
Poncet. Anesth., fibro-myômes.
Popow. Empoisonnements.
Porak. Accouchements.
Porro. Tumeurs de l'abdomen.
Porter. Fistules stercorales.
Potain. Fièvre puerpérale, gangrène spontanée, insuffisance aortique, rhumatisme.
Pouchet. Choléra.
Poulet. Ganglions, ostéites.
Pousson. Tumeurs de la vessie.
Pozzi. Chirurgie, hystérectomie abdominale, hystérie, thyroïdectomie, tumeurs du bassin.
Prengrueber. Névralgies.
Preyer. Physiologie.
Prognot. Accouchements.
Proust. Choléra, pustule maligne.
Puky (Von). Empyème consécut.
Purgesz. Pneumonie.

Queirel. Choléra.
Quincke. Cirrhoses.
Quinquaud. Sang, urée.
Quissac. Nécrologie.
Quist. Vaccin.

Rabbeth. Nécrologie.
Rabenau (Von). Cancer de l'utér.
Rabuteau. Anesthésie, choléra.
Ragaine. Nécrologie.
Ramonet. Anus imperforé.
Ransome. Phtisie.
Ranvier. Histologie.
Rathery. Nécrologie.
Rayner. Nerfs.
Rebit. Nécrologie.
Reclus. Ostéoclasie.
Régis. Alcoolisme, aliénés, paralysie générale.
Reichel. Antiseptiques.
Renou. Diphthérite.
Renzi (de). Phtisie.
Reuss (Von). Anesthésie ocul.
Richelot. Thyroïdectomie.
Richet. Anesthésie, dyspnée.
Riedel. Pansements.
Riegel. Epilepsie.
Rietsch. Choléra.
Rigaud. Phtisie.
Ritter. Nécrologie.

ROBERT. Entorse, résection du tarse.
ROBERTSON (W.) Injections hypodermiques.
ROBIN (A.) Acholie, diabète, fièvre typhoïde.
ROBIN (Ch.) Introduction.
ROBIN (V.) Ostéoclasie.
ROCHARD (E.) Chirurgie.
ROCHARD (J.) Chirurgie, choléra, congrès de la Haye, eaux de Seine.
ROCHER. Médecine légale.
RODET. Ostéomyélite infectieuse.
ROHMER. Taille hypogastrique.
ROSENBACH. Cirrhoses.
ROSSI. Inject. hypodermiques.
ROUX. Choléra, désinfectants.
ROUX (F.) Choléra.
ROWAN. Anus imperforé.
RUFZ (de Lavison). Nécrologie.
RUMPF. Paralysie ascendante.
RUSSELL (W.) Purpura.

SABATOWSKI. Grossesse.
SAENGES. Tumeurs de l'abdomen.
SAINT-GERMAIN (DE). Empyème précoce, ostéoclasie.
SAINT-PAUL. Prix.
SALXMANN. Empyème consécutif.
SAMPAIO. Empyème consécutif.
SAUCEROTTE. Nécrologie.
SAYRE. Congrès international.
SCHILL. Phtisie.
SCHMIDEBAUER. Cœur.
SCHREIDER. Rhumatisme.
SCHULTZ. Ataxie locomotrice.
SCHWARTZ (E.) Kystes hydatiques, — de l'ovaire, traumatisme.
SÉE (M.) Empyème consécutif, entorse, hydarthroses.
SÉE (G.) Estomac, phtisie, pneumonie.
SEMON. Cocaïne.
SENATOR. Pleurésie aiguë.
SEYMOUR. Accouchements.
SHEARER. Entorse.
SHOEMAKER. Syphilis cutanée, thérapeutique.
SIEFFERMANN. Phtisie.
SIMON. Phtisie.
SIMONIN. Nécrologie.
SIMONNET. Nécrologie.
SIREDEY. Hémorrhagies, maladies.
SIRUS-PIRONDI. Choléra.
SIZARET. Aliénés, paralysie générale.
SMITH (H.) Goitre kystique.
SMITH (Graig.) Néphroraphie.
SNOW. Cancer du sein.
SOKOLOWSKI. Phtisie syphilitique.
SOMMA. Nécrologie.
SONNENBURG. Néphrectomie.
SONNESCHEIN. Auto-inoculation traumatique.
SOURY. Physiologie.
SPATZ. Cœur.
SPENCER-WELLS. Ovariotomie, tumeurs circumrénales.
SPENDER. Sciatique.
SPILLMANN. Hystérie chez l'homme.
SQUIRE (B.) Boroglycéride.
STADFELDT. Accouchements.
STASSANO. Choléra.
STEIN. Cystotomie latérale.
STEINMANN. Accouchem. tardifs.
STORRY. Amputation du pénis.
STRAUS. Paralysies, suppuration.
STRAUSS. Bubons suppurés, choléra.
STRICKER. Anesthésie oculaire.
STUDGAARD. Cancer du rectum, rétrécissements de l'œsophage.
STURGIS. Chancre de l'amydale.
SUCKLING. Pneumonie.
SVENSSON. Néphroraphie.

TALAMON. Phtisie.
TANRET. Injections hypodermiques.
TARNIER. Accouchements, fièvre puerpérale.
TAYLOR. Chancre de l'amygdale.
TAYON. Fièvre typhoïde.
TEALE. Chirurgie du poumon.
TEISSIER. Cœur.
TENESSON. Variole.
TERRIER. Cancer du sein, — de l'utérus, — du nez, chirurgie, hystérie, ostéomyélite infectieuse, ovariotomie.

TERRILLON. Cancers secondaires, hydrocèle, kystes para-ovariens, ostéoclasie, ovariotomie, tumeurs du bassin.
THOMAS (de Boston). Anesthésie.
THOMAS (de Nevers). Nécrologie.
THOMASCHEWSKI. Chancre de l'amygdale.
THOMPSON (H.) Hémorrhagies vésicales, tumeurs de la vessie.
TICHENOR. Occlusion du rectum.
TILLAUX. Anévr. diffus de l'aisselle, estomac, kystes hydat., nerfs, ovariotomie, taille hypogastrique, thyroïdectomie.
TRASTOUR. Chlorose, choléra.
TREILLE. Choléra.
TRÉLAT. Anévrismes cirsoïdes, cancer de l'utérus, — du rectum, empyème consécutif, fistules stercorales, ganglions, hystérectomie vaginale, ostéoclasie, ostéomyélite infec.
TRÉMONT. Prix.
TREVES. Abcès du psoas, actinomycose, carie vertébrale, hernies, occlusion calculeuse.
TRIEL. Chirurgie du poumon.
TRONCIN. Choléra.
TSCHERNING. Occlusion calcul.
TWEEDIE. Nécrologie.

UHTHOFF. Aliénés.
URQUHART. Myxœdème.

VACHER. Anesthésie oculaire, cocaïne.
VAILLANT. Nécrologie.
VALLIN. Phtisie.
VALLOIS. Syphilis.
VAUTHIER. Hydrocèle.
VERNEUIL. Anévr. cirsoïdes, auto-inoculation traumatique, cancer du sein, — de l'utérus, — du rectum, — second., diabète, diathèses, empyème conséc., fistules stercorales, ganglions, gangrène spontanée, goitre malin, hémorrhagies, ostéoclasie, ostéomyélite infect., pans. phén., périostite éphémère, rétréc. de l'œsophage, traumatisme, tuberculose, tumeurs des lèvres.
VÉRON. Cirrhoses.
VIERORDT. Nécrologie.
VIGNARD. Nécrologie.
VIGOUROUX. Diarrhée nerveuse.
VILLEMIN. Phtisie.
VINAY. Variole.
VIRCHOW. Congrès international.
VOISIN (A.) Hypnotisme, localisations cérébrales.
VOLKMANN. Cancer du rectum, résections.
VULPIAN. Anesthésie oculaire, choléra, myélites.

WALSHAM. Chirurgie du poumon, rétrécissements du nez.
WANNEBROUCQ. Phtisie.
WANSCHER. Anesthésie.
WATSON. Tumeurs de la vessie.
WATSON-CHEYNE. Purpura.
WEBBER. Ataxie locomotrice.
WEBER. Paralysie traumatique.
WEIR. Choléra.
WEIR. Rétréc. du rectum.
WEISS. Empyème consécutif, hernies, ostéotomie, traumatisme, tumeurs blanches.
WEST (S.) Empyème consécutif, phtisie.
WHITE. Myxœdème.
WHITE (Hale). Cœur.
WIEDOW. Fibromes.
WIGLESWORTH. Aliénés.
WILDERMUTH. Epilepsie.
WILKS. Alcoolisme, occlusion calculeuse.
WILL. Fièvre uréthrale.
WILLIAMS. Anesthésie oculaire.
WILLIAMS (J.) Cancer de l'utérus.
WILSON. Nécrologie.
WITH. Péritonite appendiculaire.
WOOD. Fistules gastro-néphritiques, tumeurs sous-cutanées.
WURTZ. Nécrologie.

YEO (Burney). Empyème consécutif, phtisie.

ZEISSL. Nécrologie.
ZEMANN. Actinomycose.
ZUELZER. Auto-inoculation traumatique.